Este documento é complementar ao questionário e parte integrante da apólice. A Seguros Unimed terá o prazo de até 15 (quinze) dias, após o recebimento da proposta para aceitar, recusar ou solicitar informações. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco; O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

SEGUROS Unimed

PROPOSTA DE EMISSÃO: APÓLICE | ENDOSSO DE ALTERAÇÃO OU CANCELAMENTO

Dados do Proponente

Nome Completo | Razão Social: – INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO - INDSH/HOSPITAL DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ | CPF | CNPJ: 23.453.830/0022-02

Endereço Principal: AV TORQUATO TAPAJOS | Nº: 9250 | Complemento:

Bairro: COLONIA TERRA NOVA | Cidade/UF: MANAUS/AM | CEP: : 69.093-415

E-mail: compras.chzn@indsh.org.br | Telefone: (92) 3090-0500 | Celular: (92) 98458-5708

Dados do Seguro | Coberturas

Produto: ☐ Unimed RCP Individual ☒ Unimed RCP Instituições ☐ Unimed RCP Coletivo ☐ Unimed D&O

Tipo de Movimento: ☒ Novo ☐ Renovação Unimed ☐ Renovação Congênere ☐ Cancelamento ☐ Endosso

Se Renovação Unimed, Apólice nº: | Se Cancelamento ou Endosso de Alteração, Apólice nº:

Limite Máximo de Garantia (LMG): R$ R$ 1.000.000,00 | Vigência[1]: De: 12 meses a contar da assinatura. Até: | Data de Retroatividade:

Franquia | POS[2]: 15% dos prejuízos, com o mínimo de R$ 40.000,00 | Demais termos e condições, conforme cotação nº: 202201122005

[1] O RCP Coletivo poderá ser contratado com vigência de 01 ou 05 anos, conforme determinado pelo Estipulante. Os certificados individuais, em nome dos Segurados, terão as vigências iniciadas dentro do prazo de vigência da respectiva apólice, observada a vigência máxima de 01 ano e término até o fim de vigência da apólice.
[2] A franquia | POS não se aplicará aos honorários advocatícios da cobertura de custos de defesa para os produtos de Responsabilidade Civil Profissional.

Tipo de Contratação[3]:	Pagamento efetuado por[3]:	Contratação pró-rata[3]?	Quantidade de dias retroativos[3]:	Grupo de faturamento (data de corte)[3]:
☐ COMPULSÓRIA ☐ ADESÃO	☐ ESTIPULANTE ☐ SEGURADO	☐ SIM ☐ NÃO	De 0 a 90 dias:	01, 05, 10, 15, 20 ou 25:

[3] Campos obrigatórios apenas no caso de apólices coletivas.

Observações pertinentes à emissão (Informar coberturas excluídas, honorários advocatícios, por exemplo, e/ou adicionais que tenham sido contratadas):
INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH - CNPJ – 23.453.830/0022-02, desde que, o objeto da reclamação esteja relacionado, direta ou indiretamente, causada por, contribuída por, resultante de, emergida de, decorrente de, originadas por, ou em conexão com: A prestação de serviços médicos e hospitalares, executados nas dependências do HOSPITAL DELPHINA RINALDI AZIZ, localizado à AV TORQUATO TAPAJOS, Nº 9.250 – Bairro: COLONIA TERRA NOVA – Cidade: MANAUS/AM - CEP: 69.093-415.

Histórico de Reclamações

O proponente já sofreu qualquer tipo de ação em decorrência de suas atividades profissionais?
☐ SIM ☒ NÃO

O proponente possui conhecimento de qualquer fato que possa originar uma reclamação em decorrência de suas atividades profissionais?
☐ SIM ☒ NÃO

Forma de Pagamento

Prêmio Total Anual: R$ R$ 134.130,56 | Tabela CIC: PCR B9 | Opção de Pagamento: ☐ Débito em Conta[4] ☒ Boleto Registrado[5]

Bancos Conveniados para Débito:
☐ 001 Banco do Brasil ☐ 748 Sicredi ☐ 341 Itaú ☐ 033 Santander ☐ 756 Bancoob
☐ 084 Uniprime ☐ 099 Uniprime Central ☐ 237 Bradesco ☐ 136 Unicred

Agência nº: | Conta/Dígito: | Quantidade de Parcelas: 10

[4] O cliente deverá entrar em contato com seu banco ou verificar nos canais de autoatendimento se há a necessidade de autorização prévia para débitos automáticos.
[5] Disponível apenas pelo Sicoob.

Dados do Corretor | Estipulante

Corretora:	Código SUSEP:	Código Unimed:	CNPJ:	CIC:
MISP MIAMI CORRETORA DE SEGUROS LTDA		1825	64.617.202/0001-60	PCR B9
Corretora:	Código SUSEP:	Código Unimed:	CNPJ:	CIC:
Estipulante:		Código Unimed:	CNPJ:	CIC:

Clicksign 80212157-0e40-4abe-9e38-f9eb2e75c098

Este documento é complementar ao questionário e parte integrante da apólice. *A Seguros Unimed terá o prazo de até 15 (quinze) dias, após o recebimento da proposta para aceitar, recusar ou solicitar informações. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco; O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.*

SEGUROS Unimed

PROPOSTA DE EMISSÃO: APÓLICE | ENDOSSO DE ALTERAÇÃO OU CANCELAMENTO

Declaração

O proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, devidamente habilitado, declara que:

(i) Está ciente que uma vez efetivado o seguro, o presente documento, juntamente com eventuais anexos entregues em folhas separadas, passarão a integrar a apólice e que caso julgue necessário, a Seguradora poderá, a qualquer momento, solicitar informações adicionais e/ou verificar a veracidade das informações fornecidas.

(ii) Desconhece, durante o período de retroatividade, quaisquer fatos ou atos que possam dar origem a uma reclamação coberta pelo seguro e que caso seja concedido período de retroatividade anterior ao início de vigência da apólice, serão passíveis de cobertura os fatos desconhecidos pelo Segurado no momento da contratação.

(iii) Tomou ciência das Condições Contratuais do Seguro, disponíveis em *www.segurosunimed.com.br/servicos/perguntas-frequentes/condicoes-gerais.html*, em especial no que tange às coberturas e às exclusões, e de que o presente seguro é à base de reclamação com notificação, exigindo sua comunicação à seguradora tão logo se tenha conhecimento.

(iv) Está ciente que o e-mail e o telefone indicados nesta proposta são de titularidade do proponente/segurado e autoriza que os comunicados, notificações e informações, sejam realizados pela Seguradora através de e-mail, SMS, WhatsApp ou quaisquer outros serviços de mensageria. Confirma que os dados são plenamente válidos para todos os efeitos legais e assume a obrigação de mantê-los atualizados através da Central de Relacionamento no telefone 0800 016 6633.

(v) Atenção, cientificamos desde já, que previamente a esta contratação, o Intermediário tem a obrigação de repassar as informações previstas no art. 4º, § 1º da Resolução CNSP 382/2020, inclusive relativas aos valores pertinentes à contratação e intermediação do seguro. Em caso de dúvida, contate o intermediário para esclarecimentos, antes da contratação.

Sustentabilidade

Pequenas atitudes fazem a diferença!

Pensando em contribuir com a preservação do meio ambiente, a Seguros Unimed enviará os documentos que formalizam a contratação do seguro através do e-mail cadastrado. No entanto, se desejar, poderá solicitar a via física através da nossa Central de Relacionamento.

JOSE CARLOS RIZOLI: 17189322868

Assinado digitalmente por JOSE CARLOS RIZOLI: 17189322868
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=VideoConferencia, OU=32917857000167, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(em branco), CN=JOSE CARLOS RIZOLI:17189322868
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2022.02.21 16:07:25-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.0.1

Local e Data

Assinatura

USO EXCLUSIVO DA SEGUROS UNIMED

Código de Vendas (ER):	Executivo Unimed:	Código de Relacionamento:	Código do Agente:

proposta_de_emissao_unimed_INDSH ass presidente.pdf

Documento número #80212157-0e40-4abe-9e38-f9eb2e75c098

Hash do documento original (SHA256): 553054677d934e8e4614f3456791255577adede84b633908b92f76a73703918f

Assinaturas

Francisco Duwe Pastor
CPF: 371.154.818-06
Assinou em 21 fev 2022 às 16:42:16
Emitido por Clicksign Gestão de documentos S.A.

Log

21 fev 2022, 16:25:16	Operador com email fabiana@misp.com.br na Conta 80cfa039-f4d1-484d-ac7d-42f70e56ede6 criou este documento número 80212157-0e40-4abe-9e38-f9eb2e75c098. Data limite para assinatura do documento: 23 de março de 2022 (16:24). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro.
21 fev 2022, 16:25:18	Operador com email fabiana@misp.com.br na Conta 80cfa039-f4d1-484d-ac7d-42f70e56ede6 adicionou à Lista de Assinatura: francisco@misp.com.br, para assinar, com os pontos de autenticação: email (via token); Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Francisco Duwe Pastor e CPF 371.154.818-06.
21 fev 2022, 16:42:16	Francisco Duwe Pastor assinou. Pontos de autenticação: email francisco@misp.com.br (via token). CPF informado: 371.154.818-06. IP: 201.68.100.243. Componente de assinatura versão 1.213.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com.
21 fev 2022, 16:42:17	Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 80212157-0e40-4abe-9e38-f9eb2e75c098.

Documento assinado com validade jurídica.
Para conferir a validade, acesse https://validador.clicksign.com e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.
As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo ao, e deve ser considerado parte do, documento número 80212157-0e40-4abe-9e38-f9eb2e75c098, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign disponível em www.clicksign.com.