

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Tipo de Movimento: SEGURO NOVO RENOVAÇÃO UNIMED RENOVAÇÃO CONGÊNERE ENDOSSO

IMPORTANTE: todos os campos aplicáveis deverão ser preenchidos. Campos não preenchidos serão considerados, para todos os efeitos legais e de coberturas securitárias, como não aplicáveis.

Dados do Proponente

Razão Social: INST NAC DESENV SOC E HUMANO – INDSH/ HOSP DELPHINA RINALDI		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: jefferson.chzn@indsh.org.br	Telefone: 92-3090-0500	Celular: 92 98460-8479

Dados do Seguro | Coberturas

Vigência ¹ : De: 21/02/2024 Até: 21/02/2025	Se Renovação Unimed ou Endosso, Apólice nº: 019702023010378003206
Limite Máximo de Garantia (LMG): R\$ 1.000.000,00	Franquia POS ² : 15% dos prejuízos, com o mínimo de R\$ 40.000,00
Demais termos e condições, conforme cotação nº: 202402191224	
Âmbito de Cobertura <input checked="" type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> INTERNACIONAL	Âmbito de Jurisdição <input checked="" type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> INTERNACIONAL
Se Renovação de CongênerE, deseja contratar a Cobertura para Extensão do Período de Retroatividade ³ ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Data de retroatividade ³ desejada: 21/02/2022	Nome da Seguradora Anterior: UNIMED	Prazo Adicional: 3 Anos - Em caso de não Renovação
---	--	---

¹ A vigência deste seguro, se aceito, inicia-se às 24h da data do protocolo da proposta na seguradora ou data posterior se solicitado e será válido pelo prazo de 12 (doze) meses.

² A franquia | POS não se aplicará aos honorários advocatícios da cobertura de custos de defesa para os produtos de Responsabilidade Civil Profissional.

³ Informe os dados da última apólice emitida na congênerE para ter direito à **Cobertura para Extensão do Período de Retroatividade**, uma cobertura exclusiva para renovação de congênerE. Para a emissão da apólice com esta cobertura, é necessário o envio da cópia da apólice e condições gerais da Seguradora anterior para a comprovação das informações acima. Caso contrário a apólice não será emitida com esta cobertura.

Coberturas Adicionais

Selecione abaixo as coberturas para contratação adicional⁴:

- Remoção de pacientes em ambulâncias e/ou Aeronaves (transporte de pacientes)
 Tratamento domiciliar (HOME CARE)
 Despesas com publicidade
 Exclusão de cobertura de gastos com honorários Advocatícios

⁴ Contratadas mediante análise de risco e cobrança adicional de prêmio.

Forma de Pagamento

Prêmio Total Anual: R\$	IOF 7,38%	Opção de Pagamento: <input type="checkbox"/> Débito em Conta ⁵ <input checked="" type="checkbox"/> Boleto	Quantidades de parcelas:
----------------------------	--------------	---	--------------------------

⁵ 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.

Bancos Conveniados para Débito:

- 001 Banco do Brasil 748 Sicredi 341 Itaú 033 Santander 756 Bancoob/Sicoob
 084 Sisprime 099 Uniprime Central 237 Bradesco 136 Unicred

Agência nº:	Conta/Dígito:	Data para Vencimento:
-------------	---------------	-----------------------

Dados do Corretor | Escritório Regional

Corretora: MISP MIAMI CORRETORA DE SEGUROS	Código SUSEP: 202003968	Código Unimed: 1825	CNPJ: 64.617.202/0001-60	Participação (%): 100
Corretora:	Código SUSEP:	Código Unimed:	CNPJ:	Participação (%):

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

Tabela CIC: PCR B9	Código de Vendas (ER): 112	Executivo Unimed: Cintia Aparecida Ferreira da Silva Franco
-----------------------	-------------------------------	---

Informações Complementares e outras cláusulas, se contratada

COSSEGURADO - INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH - CNPJ – 23.453.830/0001-70, 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 - CNPJ 23.453.830/0022-02, E FILIAL: UPA 24H - CAMPOS SALLES – CNPJ: 23.453.830/0021-13 AV. DONA OTILIA, Nº 649 – Bairro: TARUMÃ – Cidade: MANAUS/AM – CEP.: 69.021-005 RETROATIVIDADE: 01/04/2023

Observações

Este documento é parte integrante da apólice, assim como demais termos e condições, questionário de risco e cotação, se for o caso. Se o proponente, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Este documento é complementar ao questionário e parte integrante da apólice. A partir da data do recebimento da proposta, a SEGUROS UNIMED terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar o risco, bem como solicitar mais informações, sendo que neste caso o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. Em caso de ausência de manifestação por parte da seguradora no prazo estipulado, fica caracterizada aceitação tácita do seguro. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.

Declaração

O proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, devidamente habilitado, declara que:
(i) Todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, completas e fornecidas de boa-fé, sob pena do disposto nos Artigos 765 e 766 do Código Civil, sem prejuízo ao disposto nas Condições Gerais.
(ii) Está ciente que uma vez efetivado o seguro, o presente documento, juntamente com eventuais anexos entregues em folhas separadas, passará 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.
(iii) 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.
(iv) Tomei ciência prévia das Condições Contratuais do Seguro, disponíveis em www.segurosunimed.com.br/condicoes-gerais-rcp-instituicoes, 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.
(v) Está ciente que em caso de sinistro, deverá preencher o formulário de aviso de sinistro que se encontra disponível no site: www.segurosunimed.com.br.
(vi) 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.
(vii) 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



Manaus, 11 de Março de 2024

Local e Data

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.

Assinado digitalmente por:
JOSE CARLOS RIZOLI
CPF: *** 893.228-**
Certificado emitido por AC Certisign RFB G5
Data: 11/03/2024 09:41:53 -03:00

Assinatura





MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: XNM9D-2LF6C-74GV3-MDLYJ

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF ***.893.228-**) em 11/03/2024 09:41 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/XNM9D-2LF6C-74GV3-MDLYJ>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>