

FORMULÁRIO DE AUMENTO DE CAPITAL E SERIT

Para solicitar o serviço de **Aumento de capital e SERIT na apólice atual para os Cooperados Dental Uni** preencha o "Formulário de alteração"

NOME COMPLETO:			
DATA DE NASCIMENTO;	RG:	CPF:	
ENDEREÇO:		COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CEP: 81935-708	CIDADE/UF:	
CRO:	TELEFONE:	CELULAR:	
E-MAIL:			

- Os dados pessoais preenchidos acima serão utilizados exclusivamente para a prestação dos serviços contratados nos termos do artigo 7º, inciso V, da Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD, ressalvada eventual obrigação legal que exija os dados ou a adesão a termo de consentimento que preveja outras condições de tratamento destes dados pessoais.
- A DENTAL UNI compartilhará os referidos dados com autoridades, fornecedores e prestadores de serviços para que sejam cumpridas as finalidades previstas anteriormente. Os dados permanecerão sob a guarda da controladora SEGUROS UNIMED após o término da relação contratual para exercício regular de direitos e cumprimento de eventuais obrigações legais e/ou regulatórias.
- A DENTAL UNI e a SEGUROS UNIMED se comprometem a zelar pela segurança dos dados pessoais aos quais tiverem acesso, exercendo as boas práticas de governança e segurança da informação, na forma da Lei.
- Dúvidas ou maiores esclarecimentos a respeito do tratamento dos dados pessoais ora preenchidos devem ser tratados pelo "Fale Conosco disponibilizado no Portal Seguros Unimed".

COBERTURAS DO PLANO *ATUAL	MORTE ACIDENTAL	SERIT	GRATUITO
Morte Acidental + Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 42.920,00	R\$ 2.452,60	-

COBERTURAS

Morte Acidental: Garante ao (s) beneficiários (s) o pagamento do respectivo Capital Segurado, em caso de morte do segurado causada, exclusivamente, por acidentes coberto pelo seguro.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante ao Próprio Segurado o pagamento de uma indenização no valor de até 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de Morte, caso o Segurado venha a ficar totalmente inválido, em consequência direta de acidente. Será considerado permanentemente inválido o Segurado cuja reabilitação ou recuperação não seja possível pelos meios terapêuticos disponíveis no momento da constatação da invalidez.

Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT) - Módulo A: Garante ao segurado principal o pagamento de uma indenização (como adicional do Seguro de Vida), compatível com a perda de renda que vier a sofrer, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário, de todas as atividades remuneradas, por doença ou acidente pessoal.

Garantia Funeral: Garante o pagamento de uma indenização, para despesas de funeral, em caso de falecimento do segurado.
**O valor da Garantia Funeral de R\$ 5.000,00 não tem alteração.

OPÇÕES DE AUMENTO DO CAPITAL E SUAS COBERTURA(S)	MORTE ACIDENTAL	SERIT	VALOR A SER COBRADO
<input type="checkbox"/> Morte Acidental + Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 42.920,00	R\$ 3.000,00	R\$ 33,70
<input type="checkbox"/> Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 60.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 55,51
<input type="checkbox"/> Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 84.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 77,45
<input type="checkbox"/> Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) + Seguro de Renda por Incapacidade Temporária - (SERIT)	R\$ 120.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 110,35

* Cobertura para LER (Lesão por esforço repetitivo), DOR (Doenças do Sistema Osteomuscular e do tecido conjuntivo) e LTC (Lesão por trauma contínuo ou continuado) com período indenitário de 60 dias.

***PRÊMIO MENSAL DO SEGURADO**

A taxa mensal, para cada garantia de risco e garantia de acessórios, com IOF (Imposto sobre Operações Financeira) de 0,38%, será de acordo com as informações abaixo, devendo a mesma ser aplicada sobre a somatória dos capitais segurados individuais.

***CRITÉRIOS DA ADESÃO:** Compulsório

***FORMA DE CUSTEIO:** Contributário

FORMA DE PAGAMENTO

BOLETO BANCÁRIO

Data para Débito: Dia 15 de cada mês.

INÍCIO DA VIGÊNCIA: Para as propostas de Adesão assinadas e recebidas até o dia 20 (vinte), o início da vigência se dará a partir do 1º dia do mês subsequente.

*O início de vigência do plano determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade

FRANQUIA: Inicia no 10º dia do sinistro | **SEM CARÊNCIA**

DADOS DA CORRETORA

Para fins de Contrato, e para os efeitos desta cláusula, a ESTIPULANTE declara que nomeou para a operação o seguinte Corretora de Seguros:

RAZÃO SOCIAL	Amplocor Corretora de Seguros e Representações Comerciais S.A		
NOME FANTASIA	Amplocor	NÚMERO DO REGISTRO NA SUSEP	202103342
CNPJ/CPF:	35.159.453/0001-40	CÓDIGO DO CORRETOR	22140

*Estou ciente de que pode consultar a situação cadastral do meu corretor de seguros no site www.susep.gov.br

CONDIÇÕES FINAIS

1. As Condições Gerais estão disponíveis no site da Seguros Unimed: https://midias.segurosunimed.com.br/content/CG_COL_SERIT-08.2020.pdf
2. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizados pela sociedade/entidade/junto ao SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br de acordo com o número do processo constante da apólice/proposta.
3. Estou ciente de que o registro desde seguro na SUSEP não implica, por parte desta autarquia, incentivo ou à sua comercialização.
4. Estou ciente, ainda, de que é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das condições contratuais.
5. Em caso de Sinistro seguir orientações pelo site www.segurosunimed.com.br/vida/vida-em-grupo-com-serit

Data: / / 2022.

Assinatura e CRO do cooperado

Assinatura do Corretor da Seguradora

CONHEÇA OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO QUE A DENTAL UNI OFERECE A VOCÊ:

Para informações adicionais entre em contato através do GRC Atendimentos ou pelos telefones: 4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 052 6000 (demais localidades)

Confira as vantagens exclusivas para você cooperado Dental Uni no site <http://www.dentaluniclub.com.br/>