Via Simulador : DITEC/GCOPE Nº 245134NCOBB

DADOS DA PROPOSTA DE SEGURO

Nº Proposta de Seguro
245134

Agência de Relacionamento
ESC SETOR PUBLICO SC - 3582

Ramo
0982 - ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Produto
8202: 123 - AVULSO ON LINE - APC

Data da Proposta de Seguro
22/06/2026

Validade da Proposta de Seguro
21/08/2026

Processo SUSEP
10.005462/99-17 - v4.0

SEGURADORA

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS	CNPJ - 28.196.889/0001-43		Código SUSEP: 06785
Endereço	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Av. das Nações Unidas, 14.261 • Ala A • 29º andar • Vila Gertrudes	São Paulo	SP	04794-000

ESTIPULANTE

Razão Social
MUNICIPIO DE AGROLANDIA

CNPJ 83.102.582/0001-44

CNAE	E-mail:	Telefone:
84.1-Administração do estado e da política econômica e social	gabinete@agrolandia.sc.gov.br	(47) 3534-4212 / (47) 3534-4141

Endereço	Cidade	Estado	CEP
R DOS PIONEIROS-109-PREFEITURA CASARAO-CENTRO	AGROLANDIA	SC	88.420-000

A indicação dos meios de contato constitui autorização para a Seguradora enviar toda e qualquer comunicação referente ao seguro e ofertas por meio eletrônico, inclusive mensagens de WhatsApp.

OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou a seus beneficiários, caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas garantias contratadas pelo ESTIPULANTE, observadas as Condições Contratuais.

GRUPO SEGURÁVEL

Poderão ser segurados todos os Estagiários que mantenham vínculo contratual com o Estipulante

Quantidade de Vidas:	**19**	Afastados:	**NÃO**	Idade Mínima:	**16 anos**
				Idade Média:	**23 anos**
Grupo Segurável:	**Estagiários**	Aposentados:	**NÃO**	Idade Máxima:	**32 anos**
				Novas adesões max.: 70 anos	

GRUPO SEGURADO

Poderão ser segurados todos os Componentes que mantenham vínculo com o Estipulante, denominado no item grupo segurável.

COBERTURA(S), CAPITAL SEGURADO, TAXA MÉDIA, PRÊMIO ESTIMADO

Subgrupo	Vidas Cotadas	Coberturas	Tipo de Capital	Capital Segurado	Taxa média Mensal	Prêmio Mensal Individual Estimado	Prêmio Mensal Total Estimado	Prêmio Anual Total Estimado
1 - APC	19	MORTE ACIDENTAL	Uniforme	R$ 24.000,00	0,1052‰	R$ 2,525	R$ 47,97	R$ 575,65
		INVALIDE PERM. TOTAL/PARCIAL POR ACIDENTE		R$ 24.000,00	0,0604‰	R$ 1,450	R$ 27,54	R$ 330,51
		Custo Total Estimado:				**R$ 3,97**	**R$ 75,51**	**R$ 906,16**

O limite de capital segurado individual (Cobertura Básica) será de no máximo R$ 24.000,00 por CPF. Se por ocasião da liquidação do sinistro for constatado recolhimento de prêmios pagos a maior, devido a inclusão do segurado em mais de um sub-grupo, a diferença será devolvida.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA: Garantir o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do capital básico segurado em caso de Morte do segurado, causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, observados os riscos excluídos e considerando-se, ainda, o disposto nas Condições Gerais e Condição Especial desta cobertura.

COBERTURAS ADICIONAIS

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA: Garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado de acordo com as condições contratuais estabelecidas nesta proposta relativo à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e considerando-se, ainda, o disposto nas Condições Gerais e Condição Especial desta cobertura adicional.

CAPITAL BÁSICO SEGURADO

Entende-se como capital básico segurado a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a(s) cobertura(s) contratada(s), vigente na data do evento, de acordo com as condições contratuais estabelecidas.

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, em cada aniversário da Apólice ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas.

Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

A atualização mencionada se aplicará a todos os segurados, conforme Condições Gerais do Seguro.

Não caberá atualização monetária nos contratos de seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.

ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado poderá ser alterado a qualquer época mediante solicitação por escrito do ESTIPULANTE e aceitação expressa da SEGURADORA.

TAXA MÉDIA

A taxa média Mensal do Seguro 0,1656‰ já isenta IOF de 0,38%, é aplicada sobre o valor do capital da Cobertura Básica para determinação do prêmio do seguro

REVISÃO DA TAXA OFERTADA

A taxa média Mensal estabelecida neste orçamento será recalculada quando do recebimento da relação de vidas para confecção da Proposta de Seguro. Havendo variação superior a 10%, a nova taxa identificada será aplicada para determinação do prêmio mensal relativo ao grupo segurável.

CUSTEIO DO SEGURO

O Custeio do prêmio do Seguro e à adesão dos proponentes ao mesmo será definido conforme abaixo:

Custeio do Seguro	Tipo de Adesão
Não Contributário	Compulsória

*****O Estipulante mandatário do seguro responsabiliza-se pelo recolhimento Mensal do prêmio de todos os segurados e em repassar à seguradora, como em comunicar o Grupo Segurável quanto a troca de Seguradora.**

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos das coberturas deste seguro os eventos ocorridos de acordo com o que dispor as Condições Gerais e Condições Especiais das coberturas básicas, adicionais e suplementares.

CARÊNCIA

Para todas as coberturas haverá carência na hipótese de suicídio, ou de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados da data de início de vigência individual do seguro, nos termos da Lei.

CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DO SEGURADO

Poderão participar desta Proposta de Seguro os integrantes do Estipulante, que estejam em plena atividade profissional e em boas condições de saúde, desde que o risco esteja previamente analisado pela Seguradora, respeitando os limites estabelecidos nesta Proposta de Seguro.

Será de responsabilidade do estipulante a ciência a seus funcionários das condições do seguro.

Caso as condições de transferência do seguro sejam diferentes do plano de seguros vigente e causem ônus aos segurados, será obrigatória a anuência de 3/4 do grupo segurado, conforme Código Civil art. 801, § 2º, para implantação da apólice nas novas condições propostas.

A anuência poderá ser feita através do envio de correspondência individual, lista de abaixo assinado ou mediante preenchimento de Proposta de Adesão Simplificada, antes do início de vigência da apólice.

PROPOSTA DE ADESÃO

Conforme determinação do Conselho Nacional de Seguros Privados, resolução CNSP nº 117/2004, Art. 17 § 1º, extensiva a todo o mercado segurador, o preenchimento completo da Proposta de Adesão por todos os integrantes do grupo segurado, é obrigatório para efetiva cobertura do seguro.

As Propostas de Adesão deverão ser preenchidas de próprio punho pelos proponentes, inclusive data de preenchimento e assinatura. Exceto o campo dados cadastrais,

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

que poderá ser preenchido pelo Estipulante. A definição dos beneficiários deve ser efetuada de forma clara e objetiva, considerando, no preenchimento: nome completo, CPF, grau de parentesco e o percentual de indenização destinado a cada uma, lembrando que o total deve ser igual a 100%.

Para emissão da Apólice de Seguro deverá ser observada a seguinte condição:

- Todos os proponentes segurados deverão comprovar seu capital segurado, cobertura securitária bem como sua idade vigente na congênere anterior. A comprovação deverá ser efetuada através do envio da última fatura processada imediatamente anterior ao início de vigência na "SEGURADORA" pela congênere anterior, bem como cópia da apólice antecessora.

****Caso os proponentes necessitem alterar seus beneficiários, deverão preencher o modelo de Proposta de Adesão sem Declaração Pessoal de Saúde (DPS).**

O simples preenchimento e assinatura da proposta de adesão não caracterizam aceitação tácita do seguro por parte da SEGURADORA, que terá o prazo de 15 (quinze) dias contados a partir do recebimento e registro na SEGURADORA para se manifestar com relação à aceitação ou recusa do mesmo.

O proponente deverá prestar informações verdadeiras e completas, sendo que a constatação de qualquer omissão ou inexatidão que possa comprometer a aceitação ou valor do seguro poderá acarretar a perda do direito à indenização e o cancelamento do seguro, resguardado o direito da Seguradora ao custo do seguro (prêmio)devido.

PROPONENTES AFASTADOS

Quando da aceitação desta Proposta de Seguro, os proponentes "AFASTADO(S)" não poderão participar do seguro.

Os proponentes "AFASTADO(S)" poderão se candidatar ao ingresso no Seguro, após alta médica definitiva, mediante preenchimento e assinatura de Proposta de Adesão com Declaração Pessoal de Saúde (DPS), para análise prévia de aceitação da Seguradora.

PROPONENTES APOSENTADOS

Quando da aceitação desta Proposta de Seguro, os proponentes "APOSENTADO(S)" não poderão participar do seguro.

VIGÊNCIA E RECISÃO DA APÓLICE

O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente por uma única vez ao término de sua vigência, por igual período, caso não haja desistência expressa de uma das partes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias do final da vigência.

A apólice poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes, mediante aviso prévio de, no mínimo 60 (sessenta) dias e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo três quartos do grupo segurado, quando o pedido de cancelamento acontecer fora do prazo de renovação.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a SEGURADORA a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

INÍCIO DO RISCO INDIVIDUAL

Início do Seguro

No início do seguro, a cobertura do risco individual será concomitante ao início de vigência da apólice, observado o item "CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DO SEGURADO" e demais itens deste contrato.

Novas Adesões

A cobertura do risco individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura do contrato de vínculo empregatício, firmado com o Estipulante, e quando necessário após o preenchimento e assinatura da proposta de adesão, desde que atendidas às condições do item 'CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DO SEGURADO' deste contrato e tenha sido informada a SEGURADORA, a inclusão na base de segurados para Faturamento Mensal.

CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa a partir do primeiro dia do mês subsequente:

a) ao desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o ESTIPULANTE e/ou sub-estipulante;
b) à solicitação de exclusão do seguro, por parte do segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
c) ao cancelamento do certificado por solicitação do segurado;
d) à constatação de fraude, tentativa de fraude, dolo ou tentativa de impedir qualquer investigação ou diligência com vistas à elucidação de quaisquer dados relativos a este seguro, por parte do segurado;
e) em que houver inobservância das condições contratuais;e
f) com a não renovação da apólice, após o término de sua vigência.

Além das disposições supra mencionadas e das demais previstas nas Condições Gerais e Condição Especial de cada cobertura, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;
b) com o cancelamento do seguro do segurado principal;
c) com a morte do segurado principal;
d) no caso de cessação da condição de dependente; e
e) por pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.

BENEFICIÁRIOS

O segurado poderá indicar livremente os seus beneficiários mediante o preenchimento de proposta de adesão.

Na falta de indicação de beneficiários, o capital segurado será pago conforme estabelecido na legislação vigente

Ao segurado é lícito, em qualquer tempo, substituir qualquer beneficiário, mediante comunicação por escrito à SEGURADORA, em formulário próprio, por intermédio do ESTIPULANTE e/ou Sub-Estipulante. A alteração de beneficiário do segurado produzirá efeito a partir da data do recebimento, pela SEGURADORA, com as formalidades indicadas devidamente atendidas. A definição dos beneficiários deve ser efetuada de forma clara e objetiva, considerando, no preenchimento: nome completo, CPF, grau de parentesco e o percentual de indenização destinado a cada uma, lembrando que o total deve ser igual a 100%.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do ESTIPULANTE e sub-estipulante:

a) Fornecer à SEGURADORA todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente informado, ora na implantação ou posteriores movimentos de inclusão mensal de segurados, para consequente emissão de faturas atendendo as disposições do item "CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS" deste contrato;
b) Manter a SEGURADORA informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido neste seguro;
c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d) Em caso de inclusão de sub-estipulante, o ESTIPULANTE se obriga a informar a razão social, o CNPJ e o endereço, devendo ainda comprovar o vínculo por meio de contrato social.
e) Pagar no banco credenciado o valor total dos prêmios, conforme previsto no item “SISTEMA DE FATURAMENTO”;
f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos referentes ao seguro;
g) Discriminar o nome da SEGURADORA nos documentos e comunicações referentes a este seguro, desde que previamente aprovados pela SEGURADORA;
h) Comunicar de imediato à SEGURADORA, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
j) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto a este seguro;
k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas dentro do prazo por ela especificado;
l) Cumprir todas as cláusulas do presente seguro;
m) Providenciar a anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado, na ocorrência de quaisquer alterações no decorrer da vigência da apólice que impliquem em ônus, dever ou redução de direitos dos mesmos; e

n) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107/04;

Importante: Além das obrigações acima mencionadas, o ESTIPULANTE e Sub-Estipulante, se responsabiliza pela guarda das propostas de adesões simplificadas, com indicação de beneficiários, preenchidas pelos funcionários e arquivadas junto a seu prontuário que, em caso de sinistro, deverão ser encaminhadas para SEGURADORA.

OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da SEGURADORA:
a) Quando solicitado por escrito pelo segurado, informar a ocorrência de não pagamento da fatura por parte do ESTIPULANTE ou Sub-Estipulante;
b) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo ESTIPULANTE ou Sub-Estipulante;
c) Por à disposição e remeter ao segurado as informações necessárias ao acompanhamento dos respectivos valores do plano;
d) Prestar informações ao segurado ou ESTIPULANTE sempre que solicitadas;
e) Divulgar, ampla e imediatamente, qualquer ato ou fato relevante relativo ao plano; e
f) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, respeitada a periodicidade definida, até a data de seu vencimento caracteriza a não efetivação do contrato de seguro.
Em caso de atraso no pagamento das parcelas posteriores a primeira, iniciará a contagem de prazo de tolerância de 90 (noventa) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.
A seguradora enviará notificação ao estipulante ou subestipulante, com antecedência mínima de 10 (dez) dias do prazo de tolerância, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado contratado, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio devida(s).
O seguro ficará de pleno direito cancelado, após o término do prazo concedido para regularização da inadimplência e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre a apólice/certificado individual cancelado por falta de pagamento.

Nas contratações de seguros custeados total ou parcialmente pelos segurados, fica ajustado entre as partes que é de responsabilidade do estipulante e/ou subestipulante a cobrança dos referidos prêmios, bem como da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela seguradora.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a regulação e liquidação do sinistro será necessária a apresentação da documentação prevista nas Condições Gerais e Condição Especial de cada cobertura.

Para proponentes "**PRESTADORES DE SERVIÇOS",** no momento do sinistro o **Estipulante** ou **SubEstipulante** por intermédio do **Estipulante** deverá encaminhar a **Seguradora** cópia do **Contrato de Prestação de Seviço** firmado entre **Segurado Principal** e **Estipulante ou SubEstipulante, para regulação e liquidação do sinistro.**

Observada a condição prevista no item "SUSPENSÃO DO SEGURO E CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DA APÓLICE", no momento do sinistro, o ESTIPULANTE, também deverá encaminhar proposta de adesão simplificada do segurado para regulação e liquidação do sinistro.

Reconhecida e comprovada a ocorrência do evento e a cobertura, a SEGURADORA efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento na SEGURADORA da documentação completa.
Caso a SEGURADORA não efetue o pagamento da indenização no prazo previsto acima, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
Caso a SEGURADORA solicite documentação ou informação complementar, o prazo previsto acima será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subseqüente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

SISTEMA DE FATURAMENTO (MOVIMENTAÇÃO, FATURAMENTO E VENCIMENTO DAS FATURAS)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

Estipulante deverá acessar Mensalmente o Sistema de Faturamento das Apólices de Riscos Pessoais na Web, disponibilizado pela Seguradora, até quinze dias antes da data escolhida para vencimento da fatura, para realizar a movimentação de vidas (inclusões, exclusões e/ou alterações) ocorridas no período para emissão da respectiva fatura, obrigatoriamente com os seguintes dados:

- **Nome completo;**
- **Data de nascimento;**
- **CPF;**
- **Sexo;**
- **Capital ou Salário (quando por múltiplo salarial);**
- **Tipo de movimentação: inclusão, alteração ou exclusão;**
- **Data de admissão no Estipulante;**
- **Data de desligamento no Estipulante (quando exclusão do proponente).**

O não recebimento da relação para o 1º faturamento até a data acordada, implicará na utilização da relação originalmente enviada para cotação. Caso esta não contenha os dados mínimos relacionados no 1º parágrafo deste item, o setor de relacionamento da Seguradora irá contatar o Estipulante para obter a respectiva relação e, não obtendo êxito no prazo de 30 dias, a apólice poderá ser cancelada por insuficiência de dados mínimos para emissão da fatura.

Nos faturamentos seguintes, caso a movimentação não seja encerrada no prazo determinado, a Seguradora processará o faturamento com base nos dados do período imediatamente anterior.
As faturas terão vencimento na data determinada pelo estipulante quando da contratação do seguro.
Caso o pagamento não seja efetivado até a data de vencimento estabelecida, haverá incidência de juros de 0,325% ao dia.
CONDIÇÕES PARA MOVIMENTAÇÃO DE VIDAS E FATURAMENTO

A Seguradora fornecerá uma única senha de acesso ao Sistema de Faturamento das Apólices de Riscos Pessoais na Web após o 1º faturamento, o que possibilitará ao(à) Estipulante exercer o pleno desenvolvimento de suas obrigações contratuais e legais, de forma on-line, para envio periódico da movimentação e manutenção de vidas, impressão das faturas e boletos, certificados individuais de seguro, consulta de dados inseridos no sistema, dentre outras funcionalidades não listadas, ou que possam ser inseridas futuramente, bem como autorizar a Seguradora a efetuar o faturamento do seguro.

Deverá ser estabelecido um Administrador da Apólice que receberá uma senha pessoal e intransferível de acesso ao sistema e permissão para indicar e conceder acessos a novos usuários Operadores e Administradores de Subgrupos, ficando responsável pela representação da apólice na Seguradora. Qualquer necessidade de alteração do Administrador da Apólice deverá ser comunicada pelo Estipulante, por escrito, para a Seguradora.

Para acesso ao sistema são requerimentos mínimos: navegador de internet Microsoft Internet Explorer versão 6, microcomputador Pentium III - 800Mhz; 256Mb RAM; conexão à internet em banda larga com 256Kbps.
O Administrador de Subgrupo é nomeado pelo Administrador da Apólice e possui exclusiva função de validar as operações desenvolvidas pelo usuário Operador e autorizar o encerramento do faturamento para envio à Seguradora.
O usuário Operador é nomeado pelo Administrador do Subgrupo, sendo vinculados a cada subgrupo da apólice, possuindo exclusiva função de realizar as operações de alteração, inclusão e exclusão de vidas no sistema.

O Administrador da Apólice poderá delegar ao Usuário Operador, ou ao Administrador de Subgrupo, acessos para dois ou mais subgrupos.

O Administrador da Apólice, o Administrador de Subgrupo e o Operador, somente terão acesso as informações de seu respectivo Estipulante ou Subgrupo a qual foram vinculados. As informações contidas neste sistema são garantidas sob tratamento sigiloso.

REVISÃO ANUAL

Fica entendido e acordado que a SEGURADORA efetuará avaliações de resultados de forma anual. Caso seja constatado desequilíbrio técnico, ou seja, se a apólice apresentar déficit financeiro em seu resultado, mediante comunicação formal ao ESTIPULANTE, respeitados os prazos legais, a SEGURADORA poderá renunciar o contrato ou propor novas condições para a sua recondução a partir da **vigência seguinte.**

SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

As partes comprometem-se, por si, seus funcionários e terceiros contratados, a manter o mais completo e absoluto sigilo sobre quaisquer dados cadastrais, materiais, produtos comercializados, informações técnicas e comerciais, inovações e aperfeiçoamentos de que venham a ter conhecimento ou acesso, ou que lhes forem confiados em razão deste contrato, sejam eles de interesse de qualquer uma das partes ou de terceiros, não podendo, sob qualquer pretexto, divulgá-los, reproduzi-los, utilizá-los, sem prévia e expressa anuência da outra parte, mesmo após o término do presente contrato, sob pena de responder pelas perdas e danos que a quebra de sigilo venha acarretar direta ou indiretamente à outra parte.

PROTEÇÃO E PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS

Nós guardamos suas informações com todo cuidado e zelo, somos transparentes quanto ao seu uso e proteção. Sim, nós podemos compartilhar seus dados pessoais, mas somente com empresas que nos ajudam a cumprir nossos compromissos contigo, como empresas de assistência e resseguradores. Também podemos compartilhar seus dados com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de aprimorar os produtos e serviços que oferecemos a você. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, entre no site www.bbseguros.com.br/seguradora/politica-privacidade/.

INFORMAÇÕES SUSEP

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados www.consumidor.gov.br

As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Este Seguro será por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise previa do risco.

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.

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, aplicados e deduzidos conforme estabelecido em legislação específica.

Caso o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros façam declarações inexatas ou omitam circunstâncias que possam influir na aceitação desta proposta de seguro ou no valor do prêmio, este perderá o direito à garantia, mantendo a obrigação de pagamento do prêmio vencido.

O estipulante declara que as informações acima são completas e verdadeiras e, se compromete a prestar quaisquer informações complementares, sempre que solicitadas pela BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS, referente aos proponentes do seguro. Da mesma forma, possibilita aos segurados, em qualquer época, o conhecimento das condições contratuais.

Incidirá Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) sobre a taxa do seguro (prêmio), conforme alíquota determinada pela legislação vigente.

Processo SUSEP 10.005462/99-17 - v4.0 - 0982 - ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

As Condições Contratuais são parte integrante E indissociável deste documento.

As Condições Gerais do Seguro e Manual de Assistência estão disponíveis no site BB Seguros - www.bbseguros.com.br

FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para dirimir quaisquer dúvidas ou controvérsias oriundas do presente contrato.

AUTORIZAÇÃO DE EMISSÃO DA APÓLICE

Solicito a emissão de uma apólice de seguro do ramo especificado acima, emitida pela BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS. O seguro terá validade a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura desta proposta de contratação, dispondo a seguradora do prazo legal de 15 (quinze) dias a partir da protocolização do recebimento desta Proposta de Contratação para se pronunciar sobre sua aceitação.

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e completas e estou ciente que a constatação de qualquer omissão ou inexatidão que possa comprometer a aceitação ou valor do seguro poderá acarretar a perda do direito à indenização e o cancelamento do seguro, resguardado o direito da Seguradora ao valor do seguro devido."

Declaro que tomei conhecimento do teor das Condições Gerais e Especiais do seguro contratado, não possuindo qualquer dúvida que prejudique a exata compreensão do seguro.

Ratificamos as condições apresentadas nesta Proposta de Contratação, autorizando emissão da apólice com base nos termos descritos e vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura deste documento.

Vigência do Seguro: O início do seguro será à partir das 24h de 21/07/2026 até às 24h de 21/07/2027.
Dia para vencimento das faturas :10.

Dados para cadastro de acesso ao sistema de faturamento : | Telefone(s): (47) 3534-4212

a) Administrador da apólice: Elenice de Souza Sinfrônio
CPF: 069.143.849-83 | E-mail: elenice@agrolandia.sc.gov.br

b) Administrador Master: Elenice de Souza Sinfrônio | Telefone(s): (47) 3534-4212
CPF: 069.143.849-83 | E-mail: elenice@agrolandia.sc.gov.br

O Contrato será emitido atráves do órgão?	O Estipulante terá isenção de IOF?
(x) Sim ( ) Não	(x) Sim ( ) Não

Local e Data da contratação: Agrolândia, 21 de Julho de 2026

De acordo:

Assinatura do Representante Legal Sob Carimbo da MUNICIPIO DE AGROLANDIA

Nome: Gianfranco Christiano Mohr
CPF: 023.495.999-14
Cargo: Prefeito

PEDRO MARQUES JUNIOR
Diretor Comercial

JUAN CARLOS LANAU ARILLA
Diretor Técnico

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

CANAIS DE ATENDIMENTO

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente
0800 729 7123

Clientes com deficiência auditiva ou de fala
0800 962 7373

Assistência 24 horas
0800 707 7967

Assistência 24 horas no exterior
(55) 11 4689 5691

Atendimento 24 horas, todos os dias. Contratação,
0800 729 0400

(Ligações de celular capitais e regiões
(55) 11 4004 0009
08h30 às 18h00.

Ouvidoria
0800 880 2930

Ouvidoria a Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 775 7003
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 08h às 18h, exceto

Canal de Conduta Ética
0800 444 8256
Atendimento 24h, 7 dias por semana de 2ª a 6ª feira, das 9h

SUSEP - Atendimento ao Público
0800 021 8484
www.susep.gov.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais. Canal de Conduta Ética: canal para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas ligadas ao seu seguro. Atendimento especializado e sigilo garantido.

ANEXO DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS CLÁUSULAS DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD

Este Anexo é parte integrante da Proposta para contratação/renovação de Seguro de Vida em Grupo firmada entre a MUNICIPIO DE AGROLANDIA em 22/06/2026.

1.1. As Partes se comprometem a cumprir toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção dos dados pessoais, especialmente a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei Federal nº 13.709/2018) e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.

1.2. Cada Parte garante que obteve os dados pessoais com a observância da Lei e se compromete a comunicar a outra Parte caso haja necessidade de correção, anonimização, bloqueio ou eliminação de dados pessoais, para que os ajustes necessários sejam providenciados.

1.3. As Partes devem realizar o tratamento dos dados pessoais exclusivamente para cumprimento das obrigações decorrentes do Contrato de Seguro, e para isso, devem observar as disposições desta cláusula.

1.4. Caso as Partes necessitem coletar outros dados pessoais durante a vigência do Contrato de Seguro e/ou para cumprimento das obrigações dele decorrentes, elas se comprometem a coletar os dados pessoais mínimos necessários para tanto, sempre observando os princípios, hipóteses de tratamento e demais disposições legais e normativas aplicáveis.

1.5. As Partes devem garantir que suas afiliadas, funcionários, representantes, subcontratados, prestadores de serviços ou qualquer outra pessoa envolvida no tratamento de dados pessoais em seu nome, em razão do Contrato de Seguro, observem as diretrizes estabelecidas neste instrumento e os documentos indicados na cláusula 1.3., sendo responsável por todas as ações e omissões daqueles, como se as tivesse realizado.

1.5.1. As Partes devem garantir que os terceiros elencados na cláusula acima, acessem apenas os dados pessoais que forem estritamente necessários para a execução do Contrato de Seguro e para cumprir obrigações dele decorrentes, pelo período necessário para tanto.

1.6. As Partes se comprometem a zelar pelas boas práticas e governança de dados pessoais para garantir que o tratamento seja realizado de acordo com a legislação vigente, adotando, no mínimo: i) medidas de segurança (técnicas e procedimentais) para garantir a confidencialidade, integridade e disponibilidade das informações; (ii) a limitação e controle de acesso aos dados pessoais (iii) procedimentos para garantir a atualização periódica destas medidas; e (vi) treinamentos periódicos aos funcionários e demais terceiros, que em razão do Contrato de Seguro, tratem dados pessoais.

1.7. As Partes devem manter atualizados os registros das operações de tratamento de dados pessoais, obtidos em razão do Contrato de Seguro, os quais devem conter a categoria dos dados pessoais tratados, os sujeitos envolvidos na atividade, a finalidade e a hipótese de tratamento para cada uma das atividades realizadas e o período em que os dados pessoais ficarão armazenados, se necessário, após o cumprimento de sua atividade.

1.8. As Partes autorizam que a outra Parte realize, mediante notificação prévia de 48 (quarenta e oito) horas, auditoria nos sistemas e procedimentos internos relacionados ao tratamento de dados pessoais, vinculados ao Contrato de Seguro. Este procedimento poderá ser conduzido pelas Partes ou por terceiros, por elas indicados. A Parte auditada concederá pleno acesso às suas instalações e aos arquivos físicos e eletrônicos. Na hipótese de identificação de inconsistências ou irregularidades, a Parte auditada deverá, imediatamente, apresentar plano de ação para corrigir as anormalidades, sob pena de descumprimento contratual.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97

1.9. Caso seja necessária a transferência internacional dos dados pessoais para o cumprimento do Contrato de Seguro e das obrigações dele decorrentes, as Partes deverão garantir o cumprimento dos princípios, direitos do titular e regime de proteção previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, adotando todas as medidas de segurança necessárias para preservar a confidencialidade e a integridade dos dados pessoais transferidos.

1.10. Caso qualquer das Partes seja acionada pelos titulares dos dados pessoais, ela deverá comunicar a outra Parte em até 24 (vinte e quatro) horas da data do contato recebido, para que elas possam tomar as medidas necessárias.

1.10.1. Cada Parte se compromete auxiliar a outra Parte, no atendimento das requisições realizadas pelos titulares dos dados pessoais e, no prazo informado: (i) confirmar a existência do tratamento; (ii) disponibilizar acesso aos dados pessoais tratados; (iii) corrigir os dados pessoais incompletos, inexatos ou desatualizados; (iv) providenciar a anonimização, o bloqueio ou a eliminação dos dados pessoais; (v) realizar a portabilidade dos dados pessoais; (vi) informar sobre as entidades públicas e privadas com as quais foi realizado o compartilhamento de dados; e (vii) revisar decisões automatizadas envolvendo os dados pessoais do titular.

1.11. Em caso de incidentes, entendidos como quaisquer acessos não autorizados, perdas, deleções, ou exposições indevidas ou acidentais dos dados pessoais tratados em decorrência do Contrato de Seguro, a Parte envolvida no incidente deverá notificar a outra Parte em até 24 (vinte e quatro) horas, do momento em que tomar conhecimento do incidente, por meio dos canais estabelecidos abaixo. A notificação deverá conter: (i) data e hora do incidente; (ii) data e hora da ciência pela Parte ; (iii) motivo na demora na comunicação, se o caso; (iv) relação dos dados pessoais afetados pelo incidente; (v) número de usuários afetados e, se possível, a relação destes indivíduos; (vi) descrição das possíveis consequências do incidente, considerando, inclusive, as hipóteses destes dados pessoais se tornarem públicos, para avaliação de seus impactos e riscos, bem como as medidas de segurança utilizadas, tais como, mas sem se limitar, a pseudonimização e/ou criptografia dos dados pessoais afetados pelo incidente; e (vii) medidas que serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos dos prejuízos.

1.11.1. Após análise dos itens acima e do caso concreto, as Partes decidirão sobre quais medidas deverão ser adotadas.

1.12. As tratativas relativas aos incidentes e aos demais temas relacionados ao tratamento de dados pessoais serão realizados por e-mail. A BRASILSEG deverá ser acionada por meio do endereço eletrônico: privacidade@brasilseg.com.br e a ESTIPULANTE por meio do endereço eletrônico: (INSERIR O E-MAIL DO ESTIPULANTE)

1.13. Caso qualquer das Partes seja compelida a divulgar os dados pessoais tratados em decorrência do Contrato de Seguro, em razão de determinação judicial ou de órgão governamental/regulador, esta deverá fazê-lo somente até a extensão de tal ordem, devendo notificar a outra Parte, de imediato, sobre a existência de tal determinação, para que esta possa adotar as medidas de proteção que julgar necessárias.

1.14. Cada parte concorda indenizar a outra, suas afiliadas, diretores, funcionários e colaboradores, por todo e qualquer prejuízo, perda ou dano sofrido em decorrência do descumprimento das disposições deste instrumento, da legislação aplicável e dos incidentes causados, por si ou por terceiros, em seu nome, bem como deverá reembolsar os valores despendidos com o pagamento de indenizações aos titulares dos dados pessoais e/ ou com sanções aplicadas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados ou outro órgão competente, que aqueles venham eventualmente suportar, por descumprimento das obrigações contidas nesta Cláusula.

1.15. Ao término do contrato de Seguro, independentemente do motivo, as Partes deverão realizar a eliminação de forma segura e definitiva destes de sua base de dados e de eventuais backups, devendo apresentar evidências técnicas para a outra Parte.

1.15.1. Sem prejuízo do disposto acima, as Partes poderão manter os dados pessoais, exclusivamente, para cumprir obrigações legais e/ou regulatórias ou para o exercício regular de direitos em processo judicial ou administrativo, após o que, deverá eliminá-los, conforme descrito na cláusula 1.15.

1.16. As Partes estão expressamente proibidas de utilizar qualquer dado pessoal obtido em razão do Contrato de Seguro para seus interesses próprios, seja para utilização com outros clientes, seja para marketing, comunicação, estatística, pesquisa, desenvolvimento, ou qualquer fim que não tenha sido expressamente autorizado.

1.17. Cada uma das Partes declara que está devidamente constituída e regularizada pelas leis do país de sua constituição e que possui plenos poderes e capacidade para (i) realizar suas atividades; (ii) firmar este Termo e cumprir suas obrigações, não sendo necessários atos ou procedimentos adicionais para autorizar a celebração deste instrumento, o qual constitui uma obrigação legal, válida e exequível.

PEDRO MARQUES JUNIOR
Diretor Comercial

JUAN CARLOS LANAU ARILLA
Diretor Técnico

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Assinado digitalmente por: **GIANFRANCO CHRISTIANO MOHR**
***.495.999-** Prefeito
21/07/2026 12:01:14
assinado digitalmente

Via Simulador Karina Sayumi

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 21/07/2026 12:01 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/pfc56a98832b97