



**CARTÃO PROPOSTA SAPPMB**  
**SAPPMB - SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PÓS-TUMAS PARA O**  
**PESSOAL DA MARINHA DO BRASIL**

PROPOSTA Nº



TITULAR

Nome Completo			Data de Nascimento __/__/__		
CPF	NIP	Nº OM	Sigla OM	Posto / Grad.	
Endereço Moradia Habitual					
Bairro	CEP	Cidade			UF
TEL. RES.	TEL. COM.	TEL. CEL.	E-mail		

DEPENDENTES

Nome Completo			Data de Nascimento __/__/__		Parentesco
Nome Completo			Data de Nascimento __/__/__		Parentesco
Nome Completo			Data de Nascimento __/__/__		Parentesco
Nome Completo			Data de Nascimento __/__/__		Parentesco

AGREGADOS

Nome Completo			CPF		Data de Nascimento __/__/__	
Endereço Moradia Habitual					Parentesco	
Bairro	CEP	Cidade			UF	
E-mail	TEL. RES.	TEL. CEL.	PLANO	VALOR (R\$)		
Nome Completo			CPF		Data de Nascimento __/__/__	
Endereço Moradia Habitual					Parentesco	
Bairro	CEP	Cidade			UF	
E-mail	TEL. RES.	TEL. CEL.	PLANO	VALOR (R\$)		
Nome Completo			CPF		Data de Nascimento __/__/__	
Endereço Moradia Habitual					Parentesco	
Bairro	CEP	Cidade			UF	
E-mail	TEL. RES.	TEL. CEL.	PLANO	VALOR (R\$)		
Nome Completo			CPF		Data de Nascimento __/__/__	
Endereço Moradia Habitual					Parentesco	
Bairro	CEP	Cidade			UF	
E-mail	TEL. RES.	TEL. CEL.	PLANO	VALOR (R\$)		

CUSTO MENSAL DO PLANO

<input type="checkbox"/> <b>IT - INDIVIDUAL TITULAR</b> (sem carência) - Titular com idade de inclusão inferior a 66 anos - <b>R\$ 1,98</b>	<input type="checkbox"/> <b>IA - INDIVIDUAL AGREGADO</b> (sem carência) - Agregado com idade inferior a 66 anos: Cônjuge / Companheiro(a) (casos especiais); ex-Cônjuge / companheiro(a) (casos especiais); filhos a partir de 21 anos e até idade inferior a 66 anos; enteados; pais; irmãos; sogros; avós; tios; primos; sobrinhos; genros; noras; netos; e cunhados - <b>R\$ 1,98</b> cada
<input type="checkbox"/> <b>IEAT - INDIVIDUAL ESPECIAL TIPO A - TITULAR</b> (sem carência) - Titular com idade entre 66 e inferior a 80 anos - <b>R\$ 5,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>IEA - INDIVIDUAL ESPECIAL TIPO A - AGREGADO</b> (sem carência) - Agregado com idade entre 66 e inferior a 80 anos: Cônjuge / Companheiro(a); filhos; enteados; pais; irmãos e sogros - <b>R\$ 5,00</b> cada
<input type="checkbox"/> <b>IEBT - INDIVIDUAL ESPECIAL TIPO B - TITULAR</b> (carência de 1 ano) - Titular com idade igual ou superior a 80 anos - <b>R\$ 7,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>IEB - INDIVIDUAL ESPECIAL TIPO B - AGREGADO</b> (carência de 1 ano) - Agregado com idade igual ou superior a 80 anos: Cônjuge / Companheiro(a); filhos; enteados; pais; irmãos e sogros - <b>R\$ 7,00</b> cada
<input type="checkbox"/> <b>F - FAMILIAR</b> (sem carência) - Titular com idade de inclusão inferior a 66 anos e Dependentes: Cônjuge / Companheiro(a) com idade inferior a 66 anos e filhos menores de 21 anos. <b>R\$ 3,79</b>	

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO DO(S) PLANO(S) EM BILHETE DE PAGAMENTO DO TITULAR**

Autorizo debitar  Mensal  Bimestral  Semestral  Anual o valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) a favor da BRASILCRED SEGUROS, referente ao custo total dos planos das inclusões feitas em nome do Titular deste Cartão Proposta e seus Agregados.

**OUTRAS FORMAS DE COBRANÇA, DISPONÍVEIS SOMENTE PARA SERVIDORES CIVIS E PENSIONISTAS DE CIVIS**

Cartão de Crédito No \_\_\_\_\_ Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CEF (Caixa) - 104  Real - 356  Unibanco - 409  Bradesco - 237  Banco do Brasil - 001  
 Conta Poupança  Conta Corrente Ag. No \_\_\_\_\_ Conta No \_\_\_\_\_ Melhor data para o Débito

(Local e Data)

(Assinatura do Titular)

## DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE CONDIÇÕES PELO TITULAR

Declaro para fins de inclusão no Serviço de Assistência Póstuma para o Pessoal da Marinha do Brasil (SAPPMB), estar ciente de que:

1. Não estão cobertos pelo SAPPMB os falecimentos ocorridos comprovadamente em consequência direta ou indireta de: a) guerra, rebelião, insurreição e/ou confisco; b) furacão, erupção vulcânica, terremotos e / ou movimentos sísmicos ou geológicos de caráter extraordinário; c) acidentes nucleares de qualquer natureza; d) deficiências de órgãos, membros ou sentidos de usuário, conhecidas por ocasião da inclusão e não informadas pelo titular; e) doenças preexistentes do usuário falecido, conhecidas por ocasião da inclusão e não informadas pelo titular; f) acidente pessoal ocorrido até 360 (trezentos e sessenta) dias antes da inclusão; e g) suicídio, se cometido durante prazo de carência.

2. Quando a CONTRATADA julgar que o falecimento de usuário foi causado por deficiência de órgão, membro ou sentido, ou por doença preexistente, conhecida e não informada pelo titular na ocasião da inclusão, autorizará a PRESTADORA DE SERVIÇO a tomar todas as providências para o funeral e instaurará sindicância para apurar o motivo do falecimento. Caso fique comprovado pela CONTRATADA, com o aval do CONTRATANTE, que não lhe cabia prestar o serviço funerário, o titular reembolsará a CONTRATADA pelos gastos comprovados com o funeral. Em se tratando de falecimento do titular, o reembolso será efetuado pela(o) pensionista ou representante legal.

3. O não pagamento do total dos custos relativos às inclusões feitas em meu nome e nos nomes das pessoas por mim indicadas, na data do seu vencimento, ocasionará a suspensão das coberturas contratadas, a partir daquela data.

4. Da existência da carência de 01 (um) ano (somente em caso de morte natural), para os planos tipo IEBT e IEB da modalidade Individual Especial.

5. O SAPPMB não prevê o reembolso de despesas com serviços funerários realizados por terceiros, salvo em casos esporádicos de extrema força maior e devidamente comprovados em análise conjunta feita pelo Abrigo do Marinheiro e pela BRASILCRED SEGUROS, que poderão ser objeto de reembolso até o limite máximo de R\$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais), mediante apresentação de recibos e notas fiscais referentes aos itens básicos cobertos pelo SAPPMB. **Não se enquadra nesses casos, sob nenhuma hipótese, a alegação da família de desconhecimento quanto ao procedimento a ser adotado em caso de falecimento do usuário** ("ligar imediatamente para **0800-275-2011** ou **(5585) 3242-3249** e informar óbito"), não dando direito, portanto, a ressarcimentos de despesas funerárias realizadas por terceiros.

6. O início da vigência da cobertura se dará a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da adesão. Declaro também que eu e as pessoas por mim indicadas (vide verso), gozamos de perfeita saúde e não temos nenhuma deficiência de órgãos, membros ou sentidos. Não somos portadores de doenças preexistentes e não sofremos, nos últimos 3 anos, de nenhuma doença grave que tenha nos obrigado à internação hospitalar ou a qualquer tipo de cirurgia, exceto as relacionadas abaixo (citar doenças preexistentes, deficiências, ou o que porventura tenha ocorrido, declinando o(s) nome(s) da(s) pessoa(s):

Declaro, ainda, ter recebido a Sinopse das Condições Especiais do SAPPMB e estar ciente de que:

- O **aluguel de jazigo** é disponibilizado somente para o **titular, cônjuge e filhos participantes do Plano Familiar (F)**, conforme a Cláusula 5.3 do referido documento. Os **titulares e agregados** participantes dos **demais planos** terão direito somente a **sepultamento em "sepultura rasa" e somente nos cemitérios público municipais que disponibilizem esses serviços**.
- As taxas necessárias ao sepultamento estão garantidas somente quando o sepultamento ocorrer em **cemitério público municipal brasileiro**, conforme constante na cláusula 5.4 do referido documento.
- A Brasilcred Seguros garante o serviço e as taxas de cremação somente quando ocorrer em **cemitério público municipal brasileiro** e quando esse serviço for disponibilizado em **cemitérios localizados no município de moradia habitual**.

Estou também ciente de que, de acordo com o Código Civil Brasileiro, se eu tiver omitido (tanto no que se referir a mim como a qualquer das pessoas por mim indicadas) dados ou situações que tenham influenciado na aceitação desta proposta, o usuário em causa perderá o direito à prestação de serviços de assistência funeral previstos pelo plano correspondente.

Local / Data \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Assinatura do Titular \_\_\_\_\_

### BRASILCRED SEGUROS

Recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

### MATRIZ

CNPJ: 01.163.890/0001-15  
Rua da Quitanda, 191 - 4º andar- Sl. 401 - Centro  
CEP: 20.091-005 - Rio de Janeiro - RJ  
Tel.: (21) 2516-2397/3232-7676  
rio@brasilcred.com.br

### ADMINISTRAÇÃO CENTRAL

Av. Senador Virgílio Távora, 150 - 4º andar  
CEP: 60.170-250 - Fortaleza-CE  
Fone/Fax: (85) 3270-7676  
brasilcred@brasilcred.com.br

[www.grupobrasilcred.com.br](http://www.grupobrasilcred.com.br)