



PGR-Programa de Estágio - MPF &lt;pgr-estagio@mpf.mp.br&gt;

**Levantamento de mercado - Seguro nacional contra acidentes pessoais MPF**

1 mensagem

**PGR-Programa de Estágio - MPF** <pgr-estagio@mpf.mp.br>

20 de março de 2024 às 16:07

Para: PGR-Programa de Estágio - MPF &lt;pgr-estagio@mpf.mp.br&gt;

Cco: licita@mbmseguros.com.br, filial.go@mbmseguros.com.br, mbmmail@mbmseguros.net.br, vida@flanci.com.br, pablo.souza@flanci.com.br, Seguros Licitacoes &lt;seguroslicitacoes@mag.com.br&gt;, Vida &lt;vida@segurosrl.com.br&gt;, ricardo.barretto@flanci.com.br, cristiano.costa@mbmseguros.com.br, governo@bbseguros.com.br, rodrigo.rabelo@mbmseguros.com.br, emissaovida@hembseguros.com.br

Prezado(a) senhor(a), boa tarde.

Tendo em vista estudo para uma possível contratação de apólice de seguro contra acidentes pessoais para grupo de colaboradores do Ministério Público Federal, solicita-se a gentileza de envio de manifestação quanto à viabilidade de contratação deste serviço, considerando os seguintes elementos:

- a) Atendimento de cerca de 3.450 vidas mensais;
- b) Atendimento 24h com cobertura geográfica em todo território nacional;
- c) Cobertura para Morte Acidental - capital segurado de R\$ 26.200,00 / Invalidez permanente total ou parcial por acidente - capital segurado de R\$ 26.200,00 / Despesas médicas, odontológicas e hospitalares - capital segurado de R\$ 786,00
- d) Prazo: 60 meses

Para melhor projeção, esclarece-se que o MPF mantém instalações físicas em cada estado brasileiro, com cerca de 135 unidades, tanto nas capitais como em demais cidades.

Assim, se possível, encaminhar além da viabilidade de contratação deste porte, o preço médio praticado por vida frente aos dados apresentados, até o dia 27/03/2024.

**Esclarece-se que esta manifestação trata-se apenas de levantamento prévio de mercado, e não será considerada numa possível contratação.**

Atenciosamente,

**Adriana Regina Bee**

Coordenadoria de Estágio do MPF

(61) 3105-6197 / 6208

pgr-estagio@mpf.mp.br

## AP LICITAÇÃO - PROPOSTA ESTIMATIVA

Ao  
MINISTERIO PUBLICO DA UNIAO

Cnpj 26.989.715/0054-14

Descrição	Nº de Segurados Mensal	Capital Individual (R\$)	Valor Individual (R\$)	Valor Mensal Estimado (R\$)
Prestação de serviços de seguro de vida para o(s) Funcionários/Colaboradores MORTE POR ACIDENTE (R\$ 26200) INVALIDEZ POR ACIDENTE (R\$ 26200) DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (R\$ 786)	3450	R\$ 26.200,00	R\$ 5,38	R\$ 18.561,00
Valor estimado por 60 Meses:	Hum milhão, cento e treze mil, seiscentos e sessenta reais			
R\$ 1.113.660,00				

Condição de pagamento: Mensal.

Declaramos que nos preços cotados estão incluídas todas as despesas que, direta ou indiretamente, fazem parte do presente objeto, tais como gastos da empresa com suporte técnico e administrativo, impostos, seguros, taxas, ou quaisquer outros que possam incidir sobre gastos da empresa, sem quaisquer acréscimos em virtude de expectativa inflacionária e deduzidos os descontos eventualmente concedidos.

**Razão social:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

**CNPJ:** 33.608.308/0001-73,

**Endereço completo:** Travessa Belas Artes, nº 15, Centro, Rio de Janeiro/RJ CEP 20.060-000

**E-mail:** [seguroslicitacoes@mag.com.br](mailto:seguroslicitacoes@mag.com.br) **Telefone:** (11) 99620 - 4642 ou (11) 97306-3765

**Representante da empresa:** GILVAN FERREIRA DE LIMA JUNIOR

**Cargo:** Superintendente de Licitações

**CPF:** 161.123.528-69

**Carteira de identidade:** 206.434.11 expedida pela SSP/SP

O prazo de validade da proposta é de 30 (Trinta) dias corridos.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2024



**GILVAN FERREIRA DE LIMA JUNIOR**

Superintendente de Licitações

MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

CNPJ 33.608.308/0001-73

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVOS**

ESTIPULANTE DO SEGURO: MINISTERIO PUBLICO DA UNIAO				CNPJ: 26.989.715/0054-14	
ENDEREÇO:		Nº:	COMPLEMENTO:		
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	
ATIVIDADE: ORGAO PUBLICO(DETRAN,INSS)		TELEFONE:		CEP:	
E-MAIL:		CORRESPONDENCIA: <input type="checkbox"/> ESTIPULANTE <input type="checkbox"/> CORRETOR			
VIGÊNCIA DO SEGURO:		SUCURSAL/REGIONAL: SAO PAULO			
PROCESSO Nº: 12171/2024				SUSEP: LIF70J	
FORMA DE PAGAMENTO				DADOS BANCÁRIOS	
Total de Parcelas	Valor da Fatura	Fatura(s)	Débito em C/C	CNPJ/CPF Correntista:	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	à vista/1ª fatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Banco Nome:	
<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 12	demais faturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agência:	Nº da C/C. e dígito:
INDIQUE AQUI O DIA DO VENCIMENTO DA SUA FATURA: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 29 Atenção: O vencimento da fatura não deve ultrapassar 10 dias do início da vigência.				IMPORTANTE: A data limite para movimentações em sua apólice será 20 dias (corridos) antes da data de vencimento.	

**DECLARAÇÃO DO ESTIPULANTE**

Na qualidade de representante legal do Estipulante em referência, declaro que não omiti informações no preenchimento dessa proposta e que **estou ciente que perderei direito à indenização do presente seguro, caso haja omissões de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Também declaro que tive prévio conhecimento das Condições Gerais, Especiais e Particulares deste seguro, cujo conteúdo li, compreendi e estou de acordo. Todas as informações contratuais serão repassadas aos proponentes e disponibilizarei o contrato coletivo sempre que solicitado.**

Conforme estabelece a Circular Susep 612/120 o proponente pessoa jurídica deve informar à Seguradora os nomes dos controladores até o nível de pessoa natural dos principais administradores e procuradores. Essas informações devem ser prestadas em formulário específico.

É necessário o preenchimento dos campos "Local e Data" pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. Caso essas informações não sejam preenchidas, será considerado como "Local" a cidade de residência do cliente e como "Data" a data de protocolo desta proposta na Seguradora.

Local e data de preenchimento

ASSINATURA DO ESTIPULANTE

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

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO CORRETOR**

Declaro que o Estipulante está ciente das Condições Gerais deste seguro e, segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções.

Local e data de preenchimento

ASSINATURA DO CORRETOR

**INFORMAÇÕES GERAIS**

O registro desse plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu Corretor de Seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta, bilhete, certificado ou no título de capitalização. A PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS terá o prazo de 15 dias corridos - a contar da data de protocolo da proposta – para aceitar ou recusar o seguro, ou para aceitar a modificação do risco. No caso de solicitação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, o prazo de 15 dias ficará suspenso, voltando a vigorar a partir da data da entrega da documentação. Em caso de recusa, os valores eventualmente pagos serão devolvidos no prazo de 10 (dez) dias a partir da data de formalização da recusa. A cobertura poderá ser encerrada imediatamente em caso de recusa da proposta. Em caso de ausência de manifestação por parte da seguradora fica caracterizada aceitação do seguro. A emissão da Apólice de Seguro será feita em até 15 (quinze) dias corridos, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO**

**RAZÃO SOCIAL:** MINISTERIO PUBLICO DA UNIAO  
**CNPJ:** 26.989.715/0054-14  
**VÍNCULO SEGURADO/ESTIPULANTE:** Colaboradores  
**RAMO DE ATIVIDADE:** ORGAO PUBLICO(DETRAN,INSS)  
**PROCESSO Nº:** 12171/2024

Prezados (as) Senhores (as)

É com grande satisfação apresentarmos a proposta comercial do Seguro de Acidentes Pessoais da Porto Seguro. Esta proposta tem por finalidade estabelecer as Condições Contratuais do Contrato de Seguro.

**1 - GRUPO SEGURÁVEL**

Considera-se como grupo segurável as pessoas físicas, denominados, "colaboradores" que possuam vínculo comprovado com o Estipulante do Seguro.

**2 - CAPITAIS, COBERTURAS, CLÁUSULAS ADICIONAIS E ASSISTÊNCIAS**

Capital Segurado Uniforme Individual de R\$ 26.200,00.

COBERTURAS - ACIDENTES PESSOAIS	%	CAPITAL SEGURADO	
		MÍNIMO	MÁXIMO
MORTE ACIDENTAL (TITULAR)	100%	R\$ 26.200,00	R\$ 26.200,00
INVALIDEZ PERM. TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (TITULAR)	100%	R\$ 26.200,00	R\$ 26.200,00
DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OU ODONTOLÓGICAS	3%	- x -	R\$ 786,00

**Quantidade de vidas:** 3450

**Montante de Capital Segurado – R\$ 90.390.000,00**

**Prêmio Mensal Total: R\$ 10.177,50.**

**Taxa média mensal do seguro: 0,01099%**

Será aplicada sobre o capital segurado da cobertura de Morte Acidental.

Esta carta oferta considerou o número de 3450 vidas, conforme previsto no Termo de Referência/Contrato/Nome do Instrumento. Desta forma, o prêmio do seguro e a aceitação do risco estão diretamente relacionados a este dado.

No caso de prêmio mensal, desvios limitados a 10% a mais ou a menos do número inicial de vidas será objeto de recálculo e respectiva cobrança.

Caso as vidas a serem efetivamente implantadas ou mantidas ao longo da vigência não estejam abarcadas no referido desvio, a Seguradora deverá ser novamente consultada para avaliação de nova precificação e manutenção ou não da aceitação do risco.

No caso de prêmio com pagamento anual, eventuais alterações do grupo que demandem recálculos superiores ou inferiores a R\$ 20,00 (vinte reais) poderão gerar devolução ou cobrança de valores. No caso de cobrança, em razão das despesas operacionais adicionais, o prêmio mínimo mensal será de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais).

**Taxa média mensal DMHO: 0,00906%**

Será aplicada sobre o capital da cobertura de DMHO.

### 3 - CONDIÇÕES PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

O início de vigência da apólice será a partir das 24 horas do protocolo desta proposta juntamente com a relação de segurados e respectivos documentos.

Na implantação da apólice, serão aceitos os proponentes que estejam em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho.

### 4 - FORMAS DE CUSTEIO DO SEGURO

Não Contributário

Estipulante: 100,00%

Segurado: 0,00%

### 5 - TIPO DE ADESÃO

**Adesão Total:** Adesão de 100% do grupo segurável mediante a análise e aceitação do risco.

No recebimento da documentação para emissão da 1ª fatura, se constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração dos dados fornecidos para a elaboração da presente proposta, cujo desvio provoque diferença no grupo segurável superior a 10% (dez por cento), podemos proceder os ajustes necessários que conduzem à correção do desvio identificado.

### 6 - INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Para as novas adesões a apólice, serão aceitos os proponentes que estejam em boas condições de saúde e em plena atividade profissional.

**A Seguradora terá 15 dias corridos para análise do risco. Caso não se manifeste por sua não aceitação nesse período, o risco estará automaticamente aceito.**

### 7 - ROTEIRO OPERACIONAL

Mensalmente o Estipulante deverá fornecer à Seguradora a relação atualizada dos segurados (inclusão, exclusão e alterações), para emissão das respectivas faturas, sendo os pagamentos de responsabilidade do Estipulante.

Estas relações, deverão ser encaminhadas eletronicamente de acordo com layout disponibilizado no Corretor Online (COL), no caminho "Menu/Seguros/Vida – "Planilha Upload", e as propostas de seguro deverão ser protocoladas em qualquer escritório da Cia em no prazo máximo de 3 dias após o envio da movimentação eletrônica.

**O prêmio mínimo para emissão de uma fatura mensal é de R\$ 35,00.**

Os pagamentos poderão ser depositados na agência do Banco do Brasil S/A, a saber:

Banco do Brasil  
Agência: Corporate SP (3344-8)  
Endereço: Av. Paulista, 2300  
Conta Corrente nº 3.402-9

Em se tratando de depósito, deverá enviar a esta Seguradora cópia do comprovante bancário, através do email: atendimento.cobranca@portoseguro.com.br com os dados do título ou da apólice.

## 8 - LIMITE DE IDADE

Limite de idade na implantação: 74 anos  
Limite de idade para novas adesões: 74 anos

## 9 - CLÁUSULA DE REVISÃO E RENOVAÇÃO

Anualmente será realizada a apuração dos resultados da apólice, cujos ajustes nas taxas e capitais segurados, se necessários, serão aplicados a partir do mês subsequente à referida apuração.

## 10 - VIGÊNCIA

A vigência do seguro será de 365 dias, iniciando partir das às 24 horas da data de entrega da proposta na Seguradora ou em data posterior indicada na mesma.

## 11 - DEMAIS CONDIÇÕES

Aplicam-se a este seguro as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo e respectivas Cláusulas Adicionais.

**Fica ainda sujeito o Estipulante às obrigações e penalidades previstas na Resolução CNSP 107/04  
Processo Susep Acidentes Pessoais nº 005.00089/00.**

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

### Condições Gerais:

<http://www.portoseguro.com.br/seguros/seguro-de-vida-e-familia/seguro-de-vida/condicoes-gerais/seguros-coletivos/>

## 12 - VALIDADE DA CARTA PROPOSTA

Esta proposta terá validade de 90 dias.

## 13 - DADOS CADASTRAIS DA SEGURADORA

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS  
CNPJ. 61.198.164/0001-60  
INSCRIÇÃO ESTADUAL – 108.377.122.112  
MATRIZ: Av. Rio Branco, 1489 Campos Elíseos - São Paulo SP - CEP 01205-905  
ORÇAMENTOS E ACEITAÇÃO VIDA: Alameda Barão de Piracicaba, 618/634 – 3º And. - São Paulo - SP  
FONE (011) 3366.3258 / FAX: (011) 3366-5263

## 14 - TELEFONES DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

Comercial Vida: Grande São Paulo (11) 3004-7101 - Demais Localidades: 0800-703-0377.

Carta Oferta nº 2024.3-71752-2AC  
Produto - Subproduto 3-260  
São Paulo, 28 de março de 2024



Atendimento Vida e Previdência: Grande São Paulo (11) 3366-3377 e Demais Localidades: 0800-727-9393 .

SAC: 0800-727-2746 (informações, reclamações e cancelamentos) e 0800-72 78736 (atendimento exclusivo para surdos).

**DE ACORDO:**

Eu, na qualidade de representante legal do Estipulante em referência, declaro estar de acordo com as condições acima

---

**Assinatura do Estipulante**

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

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

**PRODUTO VIDA**

**PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**



### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA IMPLANTAÇÃO

Para implantação da apólice, é imprescindível a entrega dos itens descritos a seguir, conforme modalidade de seguro.

#### **SEGUROS NOVOS:**

- Preenchimento dos dados do estipulante na proposta de contratação e nas condições contratuais;
- Preenchimento da Proposta de Adesão com Declaração Pessoal de Saúde, para proponentes com capitais superiores a R\$ 200.000,00;
- Relação das vidas em MS Excel, contendo nome completo, CPF, data de nascimento e importância segurável, que será emitida na Porto Seguro de acordo com o contrato;
- Assinatura do estipulante e corretor na proposta de contratação e nas condições contratuais;

#### **TRANSFERÊNCIA DE CONGÊNERE\***

- Preenchimento dos dados do estipulante na proposta de contratação e nas condições contratuais;
- Relação das vidas em MS Excel, contendo nome completo, CPF, data de nascimento e importância segurável, que será emitida na Porto Seguro de acordo com o contrato;
- Cópia da apólice da congênere atual;
- Cópia da fatura da congênere do mês anterior, contendo a vigência, capital e coberturas e nome dos segurados;
- Anuência de no mínimo  $\frac{3}{4}$  do grupo segurável, caso haja alguma modificação no contrato que caracterize perda de direito ou ônus aos segurados que participem do pagamento do prêmio;
- Assinatura do estipulante e corretor na proposta de contratação e nas condições contratuais;

*\*Grupos que possuem seguro em concorrente que está sendo transferido para a Porto Seguro.*

#### **RENOVAÇÃO DO SEGURO / MIGRAÇÃO DE PRODUTO\***

- Preenchimento dos dados do estipulante na proposta de contratação e nas condições contratuais;
- Anuência de no mínimo  $\frac{3}{4}$  do grupo segurável, caso haja alguma modificação no contrato que caracterize perda de direito ou ônus aos segurados que participem do pagamento do prêmio;
- Assinatura do estipulante e corretor na proposta de contratação e nas condições contratuais;

*\*Grupos que possuem seguro vigente na Porto Seguro que estão migrando de produto.*