



**Associação dos
Profissionais dos Correios**



Termo de Responsabilidade

Eu _____,
inscrito (a) no CPF sob o nº _____ e matrícula
nº _____ declaro aos devidos fins estar ciente sobre as
coberturas e condições contratadas através da **Apólice Nº 93.705.496** junto
à **Icatu Seguros** e sobre a condição de pagamento escolhida por mim, que
será realizada por meio de desconto em folha pela **ADCAP NACIONAL**.

O não pagamento mensal do seguro, ocasionará na suspensão da
minha cobertura securitária até que ocorra a regularização de todas as
parcelas em aberto.

Declaro também estar ciente que em quaisquer dúvidas, reclamações
ou sugestões inerentes a essa contratação, deverei me reportar a **Seguros
do Brasil Consultoria e Corretora de Seguros**, Corretora detentora da
apólice ou mesmo à Seguradora **Icatu Seguros**.

Brasília – DF _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Associado