

CNPJ n.º 01.704.513/0001-46

UOP 60	Sucursal SAO PAULO	Cia 6220	Apólice 000654182	Grupo 0001	Plano 0001	Estipulante CML - CENTRO MEDICO LOGISTICO	Pró-labore
-----------	-----------------------	-------------	----------------------	---------------	---------------	--	------------

Dados do Proponente Principal

Nome GILSON DA SILVA PEREIRA		Estado Civil	CPF 189.026.028-26	Nacionalidade		Dt. Nascimento 30/05/1978		Sexo M	Certificado
Tipo de Movimento Inclusão	Ocupação	Admissão 01/07/2018	Renda Mensal (R\$) 1,800.00	Peso	Altura	IMC	Início de Vigência 01/09/2018	Vigência Fatura 31/10/2018	
Endereço de Correspondência (Logradouro)		Bairro	Cidade		UF	CEP	Telefone	Estrutura de Venda 0	

Menor (Preenchimento Obrigatório)

Nome Completo	CPF/DV	Dt. Nascimento	Sexo	Parentesco com o Responsável Financeiro
---------------	--------	----------------	------	---

Dados do Cônjuge

Nome do Cônjuge	CPF	Dt. Nascimento	Sexo	Tipo de Movimento	Início de Vigência	Certificado
-----------------	-----	----------------	------	-------------------	--------------------	-------------

Capitais Segurados / Coberturas

Processo SUSEP	Coberturas	Capital (R\$)	Prêmio (R\$)	Processo SUSEP	Coberturas	Capital (R\$)	Prêmio (R\$)
15414.003484	MORTE	43,200.00					
15414.003486	MA	43,200.00					
15414.003485	IPA	43,200.00					
15414.003991	FUNF	3,000.00					
15414.003483	IFPD	43,200.00					
Total Prêmio (R\$)							

Esta declaração deverá ser preenchida a próprio punho pelo proponente principal, inclusive as declarações do cônjuge, quando esta cobertura for contratada, escrevendo 'Sim' ou 'Não' nos campos de respostas. Para eventuais explicações, quando for o caso, utilizar as linhas abaixo de cada pergunta.

Respostas
Sim/Não

Item	Declaração Pessoal de Saúde e Atividade	Principal	Cônjuge
01	Encontra-se atualmente em plena atividade profissional? Em caso negativo, especifique o motivo. Caso seja aposentado, especifique se a aposentadoria ocorreu por tempo de serviço, idade ou por invalidez.		
02	Pratica competições desportivas, para-quedismo ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Favor informar qual.		
03	É portador de alguma moléstia ou doença (inclusive profissional) que o obrigue a consultar médicos, fazer exames ou tomar algum medicamento periodicamente? Em caso afirmativo, favor informar qual é a periodicidade.		
04	Já foi submetido a tratamento clínico (inclusive punção ou biopsia), cirúrgico, tratamento com radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia ou de reabilitação em regime de internação (inclusive para tratamento de dependência química de álcool ou droga)? Em caso afirmativo, favor informar quando, onde e motivo?		
05	É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os, indicando o grau de redução funcional e se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, óculos ou lentes de contato com grau.		
06	Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis) ou para a realização de cirurgia? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.		
07	Tem diabetes, sofre ou sofreu de alteração de níveis pressóricos (hipertensão arterial), tem ou teve problema circulatório ou vascular? Em caso afirmativo, informar qual e quando esteve em tratamento.		
08	Tem ou teve algum problema, ou já realizou exames cardiológicos para detectar alguma doença do coração tais como: angina, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, doença das válvulas do coração ou outras patologias do coração e suas artérias?		
09	Tem ou teve alguma das seguintes situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa, tumores (benigno ou maligno), doença do sangue ou auto-imune? Em caso afirmativo, favor informar qual, diagnóstico e tratamento adotado.		
10	Tem ou teve alguma doença ou disfunção do trato gastrointestinal, na próstata, bexiga ou nos rins (inclusive insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise ou tumor renal)? Em caso afirmativo, especifique o problema e tratamento adotado.		
11	Submeteu-se ou tem indicação para algum transplante? Especifique.		
12	Tem ou teve algum problema pulmonar ou doença psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento)? Em caso afirmativo, favor informar qual é o tratamento e medicação adotados.		

13	Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual o tratamento adotado.		
14	Possui outro(s) seguro(s) de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data e/ou teve alguma proposta recusada ou pendente de aceitação? Em caso afirmativo, especifique.		
15	Realizou exames específicos para detectar alguma doença nos últimos 5 anos, tais como: exames de sangue, de urina, raio X, angiografia, ressonância magnética, tomografia, pet CT qualquer outro exame de diagnóstico? Especifique o(s) tipo(s) de exame(s), data da realização e o(s) resultado(s).		
16	Já foi seqüestrado ou sofreu ameaças de seqüestro ou de morte?		
17	Seu salário é a única fonte de renda? Em caso negativo, qual(is) a(s) outra(s).		

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas, estando ciente que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

Autorizo a SulAmérica a buscar, se necessário, novos subsídios para análise e verificação das informações aqui prestadas, no momento da contratação e efetuar a inclusão de informações, sinistros e ocorrências relacionadas ao presente seguro, em banco de dados, aos quais a seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros. Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a SulAmérica, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Autorizo ainda quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, as quais dispense do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das Condições Gerais, devendo ser encaminhadas diretamente ao Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes ao contrato. Autorizo o Estipulante a descontar do meu salário em folha de pagamento a importância, relativa a minha contribuição para os Seguros Coletivos de Vida e/ou Acidentes Pessoais, contratados sobre minha vida e/ou do meu cônjuge, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força das Escalas das Quantias Seguradas e de acordo com as demais condições da(s) respectiva(s) Apólice(s) para as quais designo o(s) beneficiário (s) citado(s) no verso.

Beneficiários

É livre a nomeação dos beneficiários na Proposta de Adesão e estes podem ser substituídos a qualquer tempo. Na falta de indicação de beneficiários, não prevalecendo ou sendo nula a indicação efetuada, estes serão designados de acordo com a legislação em vigor. Não havendo beneficiários legais, serão beneficiários aqueles que provarem que a morte do segurado lhes privou de meios de subsistência.

Item	Nome do Beneficiário	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Percentual
1				
2				
3				
4				

A soma dos percentuais não podem ultrapassar 100%. Os beneficiários poderão ser substituídos qualquer tempo mediante comunicação por escrito.

Declaro que tive prévio conhecimento da íntegra das condições gerais e que na falta de indicação de beneficiário, a indenização será paga conforme legislação em vigor. 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 do seguro estará sujeita a análise do risco. O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Declaro, também, que a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho e que todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do registro SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Local e Data	Assinatura do Proponente
--------------	--------------------------

SAC - 088-970-0027 - 0800-702-2242 (Deficientes de fala e auditivo) - Central - 0800-727-5914 ou 4004-5914 Ouvidoria - 0880 725 3374 ou site www.sulamerica.com.br.

Sendo o proponente analfabeto deverá esta proposta ser firmada a rogo, assinando aqui dois outros componentes do grupo como testemunhas e ter o visto do estipulante.

1ª Testemunha	2ª Testemunha	Visto do Estipulante
Nome do Corretor	Código do Corretor SUSEP	
VIDA SEGURA CORR DE SEGUROS EIRELI	00000100292613	