

Ramo	Apólice nº	Certificado	Início Vigência	Inclusão	Alteração
<input type="checkbox"/> VG <input type="checkbox"/> APC			/ /		

Deve ser preenchida, obrigatoriamente, pelo Segurado/Proponente.

Dados do Estipulante / Subestipulante	
Cód. Estipulante	Estipulante
Cód. Subestipulante	Subestipulante

Dados do Proponente			
Nome Khaue Patrick Da Maia de Souza			
Data de Nascimento 16/03/2000	Sexo M F	Estado Civil Solteiro(a)	CPF 11256862940
Endereço Guaratinguetá		Número 1471	Complemento Apto 201
Bairro Jardim Iriirú	Cidade Joinville	UF SC	CEP 89224036
Profissão Intern	Data de Admissão 1/0/1900	Salário 1,200.00	Matrícula/Registro
Nome do cônjuge		Data de Nascimento	CPF

Capital Segurado Contratado	
Titular:	
Garantia Básica: R\$	Prêmio R\$

Cônjuge (quando contratado):	
Garantia Básica: R\$	Prêmio R\$
Prêmio Total: Titular + Cônjuge R\$	

Beneficiários do Seguro			
Nome	Data Nascimento	Parentesco	% (*)
1) Lórida da Maia	21/08/1974	Mãe	100
2)			
3)			
4)			

(*) O somatório dos percentuais não poderá ser superior a 100%. O beneficiário do cônjuge será sempre o segurado principal.

Importante: Preencha a Declaração Pessoal de Saúde no verso desta proposta.

Declaração Pessoal de Saúde	
Preencher "sim" ou "não" ao lado das questões abaixo no respectivo campo proponente. Para as respostas afirmativas, especifique em detalhes abaixo da questão.	Proponente
1) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?	Sim
2) Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades de trabalho?	Não
3) Já foi submetido a tratamento clínico ou cirúrgico (inclusive com a realização de biópsia) ou à quimioterapia, radioterapia ou outros tratamentos específicos por tempo prolongado?	Não
4) Faz uso habitual de medicamentos? Informe qual(is), motivo do uso e se há prescrição médica.	Não
5) Tem deficiência em órgãos, membros ou sentidos? Neste caso, especifique:	Não

Autorização para desconto em folha (quando aplicável)	
<input checked="" type="checkbox"/>	Autorizo o Estipulante a descontar de meu salário os valores correspondentes ao custo que me cabe pela minha participação no seguro, caracterizado nesta proposta, bem como reajustar minha contribuição, observados os critérios de reajuste e de reequilíbrio de taxa previstos nas Condições Gerais e/ou Particulares do Seguro. Tenho ciência de que o não pagamento da contribuição poderá acarretar o cancelamento do seguro conforme os prazos previstos nas Condições Gerais e/ou Contratuais do Seguro.

Autorização para inclusão	
---------------------------	--

Autorizo a inclusão do meu nome na apólice de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhadas diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados.

Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o aqui proposto no W92decorrer de sua vigência e nem alterar as condições do seguro com implicação de ônus, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

- Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e completas, e estou ciente que elas farão parte integrante do contrato de seguro celebrado com a Seguradora, 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, e caso se faça necessário, autorizo o departamento médico da Seguradora a obter informações complementares de eventos passados e futuros para a realização de perícia e/ou auditoria médico hospitalar.

- Estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiverem sido omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito à garantia contratada, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido.

Declaro que recebi e tomei ciência das Condições Contratuais deste Seguro.

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

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguro no site 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 devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.