

NOME	GRAU DE PARENTESCO	PERCENTUAL

ALIANÇA DO BRASIL CIA. DE SEGUROS

CNPJ: 28.196.889/0001-43

RUA MANOEL DA NOBREGA, 1280 – 9º ANDAR – CEP: 04001-004 – SÃO PAULO – SP

Central de Atendimento: 0800 729-7000

CARTÃO PROPOSTA DE SEGUROS DE VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS

Nº APÓLICE VG:	Nº APÓLICE AP:	
AGÊNCIA CONTRATANTE:		
SEGURO: ()Principal ()Cônjuge		
ESTIPULANTE:		
CNPJ:		
PROPONTE:		
CPF:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
SEXO:	ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:

DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA: ____/____/____

OCUPAÇÃO QUE O PROPONENTE EXERCE:

COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

MORTE (R\$):

INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE – IEA (R\$):

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, ATÉ – IPA (R\$):

INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA – IPD (R\$):

PRÊMIO VG (R\$):

COBERTURAS DE ACIDENTES PESSOAIS

MORTE ACIDENTAL (R\$):

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, ATÉ – IPA (R\$):

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES, ATÉ (R\$):
DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:
PRÊMIO AP (R\$):
PRÊMIO TOTAL (VG+AP):

BENEFICIÁRIOS: (para o seguro de cônjuge, o beneficiário será sempre o segurado principal)		
NOME	GRAU DE PARENTESCO	PERCENTUAL

RESPONDA DE PRÓPRIO PUNHO AS PERGUNTAS A SEGUIR, ESCRREVENDO "SIM" OU "NÃO" E AS EXPLICAÇÕES, QUANDO FOR O CASO:

1-Considera-se atualmente em boas condições de saúde?
Em caso de negativo, indique o motivo:

2- Pratica pára-quedismo, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de aeronaves de qualquer característica?
Em caso de afirmativo, especifique:

3-Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos?
Em caso de afirmativo, especifique o grau de deficiência:

4-Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho?
Em caso de afirmativo, indique a moléstia, detalhes e quando:

5-Encontra-se atualmente em plena atividades de trabalho?
Em caso de negativo, especifique o motivo:

6-Já teve alguma proposta de seguro de vida ou de acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora?

Em caso de afirmativo, indique a época e a seguradora:

7-Já recebeu indenização por invalidez?

Em caso de afirmativo, especifique o motivo e indique a seguradora:

8-Tem outro(s) seguro(s) de vida em grupo e/ou acidentes pessoais em vigor nesta data?

Em caso de afirmativo, especifique o tipo do seguro e indique a seguradora:

Morte:

Invalidez permanente:

Despesas médicas-hospitalares:

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome na Apólice de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, contratados pelo estipulante acima mencionado, a que 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 ser encaminhados 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 direito de cancelar o seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, e nem a reduzir minha importância segurada sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr 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 para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o Art.755 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito ao valor do seguro.

_____, _____ de _____ de 20____.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE