

## Declaração – Plano Referência

Proposta nº 17352182

### PROPONENTE TITULAR

Nome completo

ISMAEL DE ASSIS NASCIMENTO

(continuação)

CPF 173.643.927-85

Declaro que me foi oferecida a contratação do Plano Referência PJCA, com registro na ANS nº 466.034/11-0, pela Amil Assistência Médica Internacional S.A., CNPJ nº 29.309.127/0139-04, com registro na ANS nº 326305, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, mas que optei pela contratação do plano definido no item "Plano pretendido", nas páginas 2 (dois) e 3 (três) do Contrato de Adesão (a "Proposta").

Local e data

Rio

26/04/17

Assinatura do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

x Ismael de Assis Nascimento



## Contrato de Adesão

Proposta nº 17352182

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

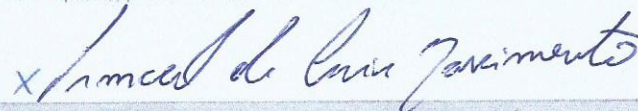
Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas 1 e 2 desta Proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" e cópia da presente "Proposta", da "Carta de Orientação ao Beneficiário" e da "Declaração de Saúde", e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores próprios e/ou credenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o "Guia de Leitura Contratual" e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo e traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados a mim por via física ou eletrônica tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

Local e data

Rio 26.04.17

Assinatura do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

X 

Nome da corretora / concessionária

008036 JC Luz

Código da corretora / concessionária

JC Luz

DDD e telefone

21 2716-6262

Nome completo do angariador / vendedor

SONAIRA SANTOS

CPF do angariador / vendedor

098161257-14

Nome completo do gerente / supervisor

DEIS DUARTE

CPF do gerente / supervisor

66

Código do gerente / supervisor

Código de identificação do angariador

Uso exclusivo da corretora

EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA A QUALICORP:

CENTRAL DE SERVIÇOS

4004-4400 Capitais e regiões metropolitanas

0800-16-2000 Demais regiões

SAC

0800-779-9002

Todo o Brasil



## Carta de Orientação ao Beneficiário

Proposta nº 17352182



**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência!

Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - **Perfil Beneficiário**.

Beneficiário/Representante legal  
(no caso de menores ou incapazes)

Rio                      26/04/17  
Local                      Data

Nome: ISMAEL DE ASSIS NASCIMENTO

Assinatura: Ismael de Assis Nascimento

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Rio                      26/04/17  
Local                      Data

Nome: Somaria Santos

CPF: 098.161.257-14

Assinatura: Somaria Santos



## Declaração de Saúde

Proposta nº 17352182

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

## QUADRO III – INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Peso						
Altura						

## QUADRO IV – ENTREVISTA QUALIFICADA

A entrevista qualificada é uma opção do cliente e não é exigida por parte da Operadora.

- ☒ 1. Declaro que me foram oferecidas as opções 2 e 3 abaixo especificadas e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, optei por não fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nesta declaração.
- ☐ 2. Declaro que fui orientado(a) por médico credenciado da Operadora no preenchimento desta Declaração de Saúde.
- ☐ 3. Declaro que fui orientado(a) por médico particular de minha confiança no preenchimento desta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM:

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem, aos médicos da **Operadora**, informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como sobre as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou quebra de sigilo profissional.

Local e data

*Rio*

*26/04/17*

Assinatura do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

*X Daniel de Souza Jaramento*



## PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PROTEÇÃO FINANCEIRA PREMIADA

- 9. Endereço na internet para obter o Certificado Individual do seguro:** Uma vez aceito este seguro, o Certificado Individual do segurado ficará à disposição no site [www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br);
- 10. Endereço na internet para obter o "Número da Sorte":** Uma vez aceito este seguro, o "Número da Sorte" do segurado ficará à disposição no site [www.qualicorp.com.br](http://www.qualicorp.com.br);
- 11.** Estou ciente do disposto no artigo 79, da Circular SUSEP nº 302, de 19 de setembro de 2005, o qual prevê que "se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido".
- 12.** Estou ciente e concordo que o beneficiário deste seguro, para fins das coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária, é o Estipulante. Nesse sentido, renuncio ao direito de substituir o beneficiário, nos termos do artigo 791 do Código Civil Brasileiro.
- 13.** Estou ciente e concordo com o fato de que não receberei as Condições Gerais do seguro Proteção Financeira Premiada em versão impressa (documento físico), uma vez que este documento estará disponível a qualquer momento no site [www.zurichseguros.com.br](http://www.zurichseguros.com.br).

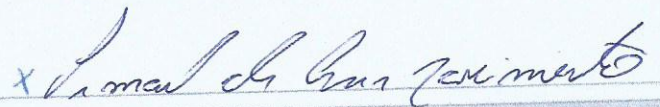
Declaro, para os devidos fins, que nesta data estou entre a faixa etária de 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos completos e que estou de acordo com a presente Proposta e suas condições contratuais, tendo prestado todas as informações completas e verídicas, e que, ao preencher a presente Proposta, tomei conhecimento, na íntegra, das condições contratuais do seguro Proteção Financeira Premiada, incluindo suas Condições Gerais, estando ciente de que estas se encontram disponíveis a qualquer momento no site [www.zurichseguros.com.br](http://www.zurichseguros.com.br).

Local e data

Rio

26/04/17

Assinatura do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório



Processo SUSEP nº. 15.414.004977/2008-77

Título de Capitalização: Processo SUSEP nº 15414.000292/2007-71

O registro deste seguro na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O proponente ou segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número do registro do Corretor 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.**