

ALIANÇA DO BRASIL CIA. DE SEGUROS

CNPJ 28.196.889/0001-43

RUA MANOEL DA NOBREGA, 1280 – 9º AND. 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: 000018367

Nº APÓLICE AP

AGÊNCIA CONTRATANTE: Companhia de Seguros Aliança do Brasil

SEGURO: () Principal () Cônjuge

ESTIPULANTE: Fundação Universidade do Amazonas

CNPJ: 04372626/0001-97

PROPONENTE (aluno): _____

CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO: M () F () ESTADO

CIVIL: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

OCUPAÇÃO QUE O PROPONENTE EXERCE: _____

DADOS DA PRÁTICA DE GRADUAÇÃO

CURSO: _____

ESTÁGIO OBRIGATÓRIO: () PRÁTICA DE CAMPO: ()

INÍCIO: ____/____/____ TÉRMINO: ____/____/____

NOME DA DISCIPLINA: _____

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\$):

PREMIO VG (R\$):

COBERTURAS DE ACIDENTES PESSOAIS

MORTE ACIDENTAL (R\$):

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

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES, ATÉ (R\$):

DIARIA DE INCAPACIDADE TEMPORARIA:

PREMIO AP (R\$):

PREMIO TOTAL (VG + AP):

BENEFICIARIOS:

(para o seguro do cônjuge, o beneficiario 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 negativo, indique o motivo:

2) Prática pára-queda, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de aeronaves de qualquer característica?

Em caso positivo, especifique:

3) Tem deficiência de órgãos, membro ou sentidos?

Especificar, inclusive 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?

Quando?

Indique a moléstia e detalhes:

5) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?

Em caso negativo, especifique o motivo:

6) Já teve alguma proposta de Seguro de Vida ou de Acidentes Pessoais recusada por qualquer seguradora?

Em caso afirmativo, indicar a época e a seguradora:

7) Já recebeu indenização por invalidez?

Em caso afirmativo, especifique:

Indique a Seguradora

8) Tem outro(s) seguro(s) de Vida em Grupos e/ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data?

Morte

Invalidez Permanente

Despesas médico-hospitalares

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome na Apólice de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoal Coletivo contratado pelo estipulante acima mencionado, 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 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 outorgados não lhe darão 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 que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações que prestei passam a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

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. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstância que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito ao valor do seguro.

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPONENTE