

## 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: \_\_\_\_\_  
PROPONENTE: \_\_\_\_\_  
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\$) : \_\_\_\_\_  
PRÊMIO AP (R\$) : \_\_\_\_\_

**PRÊMIO TOTAL ( VG + AP )** : \_\_\_\_\_

### **BENEFICIÁRIOS**

NOME	GRAU DE PARENTESCO	PERCENTUAL
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(para o seguro do cônjuge, o beneficiário será sempre o segurado principal)

**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) Pratica pára-quedismo, 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 Grupo e/ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data? -----  
Em caso afirmativo, especifique:  
Seguradora \_\_\_\_\_  
Coberturas: 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 Pessoais, contratados 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 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 que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verídicas. Concorde que as declarações que prestei passem 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 circunstâncias 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