

Produto: () MultiFlex Empresarial (x) Seguro de Vida em Grupo () Outros	Apólice:	Processo SUSEP de VG	Processo SUSEP de AP
Seguro: () Novo () Alteração			
Processo SUSEP de Funeral	Processo SUSEP de Cesta Básica	Início de Vigência	Nº Contrato
			Nº Certificado
			Nº Subestipulante

DADOS DE CONTRATAÇÃO

CNPJ	Estipulante
CNPJ	Subestipulante

DADOS DO PROPONENTE

CPF	Nome completo		
Data de nascimento	Estado Civil	Sexo () F () M	
Nacionalidade	Tipo de Identidade	Nº	
Órgão Emissor	Data de Emissão	País de Expedição, no caso de passaporte	
Data de Admissão	Matricula	Endereço Residencial Completo	
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD e Telefone	E-mail	Profissão / Função (*)	Renda Mensal (*)

DADOS DO CÔNJUGE

CPF	Nome completo			
Data de nascimento	Tipo de Identidade	Nº	Órgão Emissor	Data de Emissão
E-mail	Profissão / Função (*)		Renda Mensal (*)	

DADOS DE COBRANÇA (Não preencher no caso de contratação do MultiFlex Empresarial)

Periodicidade: () Mensal () Trimestral () Semestral () Anual à vista	* No caso de pagamento por meio de débito em conta, a data de vencimento do seguro deverá ser, no mínimo, a data de assinatura da proposta mais 15 dias corridos. Consulte a lista de bancos conveniados.
Forma de cobrança: () Desconto em folha de pagamento () Boleto bancário () Outro tipo de cobrança junto ao Estipulante/Subestipulante	

DADOS DO PLANO

Capital Segurado Proponente	Capital Segurado Dependente Cônjuge	Capital Segurado Dependente Filho
Ramo (x) Proponente	() Dependente Cônjuge: () Facultativo: ___% () Automático: ___%	() Dependente Filho () Automático: ___%
Vida () Morte () JFPD	() Morte	() Morte
AP () Morte Acidental () IPA () DMHO: ___% () Morte Acidental () IPA () IPA Majorada: R\$ _____		() Morte Acidental () IPA
Funeral () Decessos: () Individual () Familiar Padrão: () Básico 1 () Básico 2 () Básico 3 () Standard 1 () Standard 2 () Standard 3 () Luxo 1 () Luxo 2 () Superluxe 1 () Superluxe 2 () Auxílio Funeral exclusivo para o proponente: 10% da Garantia de Morte, limitado a R\$3.000,00 () Adiantamento () Complemento		
Evento Aleatório () Cesta Básica, exclusivo para o Proponente () Basic () Standard () Premium		
Entrega Durante: () 6 meses () 12 meses () Auxílio Cesta Básica, exclusivo para o Proponente		
ASSISTÊNCIAS () Assistência Viagem Internacional e Nacional, exclusivo para o Segurado () Standard () Luxo () Superluxe () Assistência Domiciliar () Rede de Desconto, exclusivo para o Proponente		

OBS.: - No caso de morte decorrente de acidente, as garantias de Morte / Morte Acidental serão acumuladas.
 - O percentual para as garantias de Dependente Cônjuge e Dependente Filho é aplicado sobre o Capital Segurado do Proponente.
 - A Cesta Básica prevê o pagamento do capital segurado pelo período de 12 meses.

Prêmio Mensal	Prêmio Total	O prêmio total deve ser apresentado na periodicidade contratada pelo Proponente e corresponde ao valor a ser pago.
---------------	--------------	--

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Você se enquadra em alguma das situações a seguir? () Sim () Não

No caso de brasileiros, são pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes. Para fins legais, são cargos, empregos ou funções públicas relevantes: - mandato eletivo dos Poderes Executivo e Legislativo da União; - cargo de ministro de estado ou equiparado no Poder Executivo da União; - cargo de natureza especial ou equivalente no Poder Executivo da União; - função de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; - função do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes; - função de membro do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais superiores; - função de membro do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; - função de membro do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; - mandato de governadores de Estado e do Distrito Federal, função de presidente de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital e de presidente de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; - mandato de prefeito e função de presidente de Câmara Municipal de capitais de estados. São também consideradas pessoas politicamente expostas: os representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo dos agentes públicos que se encontrem nas situações acima listadas. No caso de estrangeiros, são pessoas politicamente expostas aquelas que exercem ou exerceram, nos últimos 5 anos, importantes funções públicas em um país estrangeiro, tais como, chefes de estado e de governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

() Desejo indicar os beneficiários nesta proposta (última via).

() Pagamento do Benefício conforme Art. 792 do Código Civil (50% ao Cônjuge e 50% aos Herdeiros Legais).

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE - Atenção: proposta sujeita à aprovação por parte da Vida Seguradora.

Responda, você mesmo, pessoalmente, de próprio punho, às perguntas abaixo relacionadas, sem omitir nenhuma informação sobre seus estados de saúde. Preencher, por extenso, com sim ou não nos espaços correspondentes. Sendo a resposta positiva, esta deverá ser detalhada por extenso.	Proponente	Cônjuge
1 - Está em plena atividade profissional? Se não, esclareça.		
2 - Indique o peso e altura atuais.		
3 - É ou já foi fumante? Em caso afirmativo, informar por quanto tempo e a quantidade de cigarros por dia.		
4 - Fez ou faz uso de drogas e/ou álcool? Em caso afirmativo, especificar a dose, frequência, desde quando e o tipo utilizado.		
5 - Faz uso habitual de algum medicamento? Em caso afirmativo, esclareça informando nome do medicamento, se o mesmo é prescrito por médico, indicação e tempo de uso.		
6 - Sofre ou já sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a consultar médico(s) para fazer tratamento/acompanhamento médico, hospitalizar-se ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Em caso afirmativo, esclareça.		
7 - Já submeteu-se a alguma cirurgia, biópsia, transfusão de sangue, endoscopia, ultra-som, tomografia, eletrocardiograma, radioterapia ou quimioterapia, exames radiológicos ou qualquer outro exame? Em caso afirmativo, esclareça.		
8 - Tem qualquer deficiência de órgãos ou sentidos (redução de visão, audição etc.), ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, esclareça o grau de redução.		
9 - Tem ou teve alguma das seguintes doenças: Acidente Vascular Cerebral (derrame), Infarto, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Doença de Chagas, Leucemia, Aids, Enfisema Pulmonar, Tumor Maligno (cancer), Alcoolismo, Cirrose Hepática, Doenças Renais, Doenças Hematológicas, Doenças Endócrinas, Doenças Cardíacas, Doenças Neurológicas, Doenças Digestivas, Doenças de Pulmão/Brônquios ou Esquistossomose? Em caso afirmativo, esclareça.		
10 - Histórico Familiar (pais, avós e irmãos): Têm ou tiveram alguma das seguintes doenças: Acidente Vascular Cerebral (derrame), Infarto, Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Doença de Chagas, Leucemia, Aids, Enfisema Pulmonar, Tumor Maligno (cancer), Alcoolismo, Cirrose Hepática, Doenças Renais, Doenças Hematológicas, Doenças Endócrinas, Doenças Cardíacas, Doenças Neurológicas, Doenças Digestivas, Doenças de Pulmão/Brônquios ou Esquistossomose? Em caso afirmativo, esclareça.		
11 - É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave? Pratica, de forma profissional ou amadora, algum esporte considerado "esporte radical" ou alguma modalidade de luta? Em caso afirmativo, especifique o esporte, há quanto tempo é praticado e em qual frequência.		
12 - Utiliza motocicleta como meio de transporte? Em caso afirmativo, informar o tempo de habilitação.		
13 - Já teve alguma proposta de seguro de vida ou acidentes pessoais negada por alguma Seguradora? Em caso afirmativo, cite a Seguradora, o motivo e há quanto tempo isto ocorreu.		
14 - Já recebeu indenização por invalidez? Em caso afirmativo, indique o motivo e a Seguradora.		
15 - Possui outro(s) seguro(s) de vida em grupo e/ou acidentes pessoais em vigor nesta data? Em caso afirmativo, especifique a Seguradora e o valor das garantias.		

Informações adicionais

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE SIMPLIFICADA PARA SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS.

Atenção: proposta sujeita à aprovação por parte da Vida Seguradora.

Declaro estar em plena atividade de trabalho e perfeitas condições de saúde, não tendo nenhuma deficiência de órgãos, de membros ou sentidos. Estou também ciente de que o presente seguro não dará cobertura a ocorrências a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares e a eventos relacionados à prática dos seguintes esportes: alpinismo, mergulho, pára-quedismo, vôo-livre, ultraleve, motociclismo, automobilismo de competição ou de prova, corrida de barcos ou lutas e autogiro.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a minha inclusão, bem como a de meus dependentes indicados nesta proposta, nas Apólices de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo, tendo como estipulante a pessoa física ou jurídica assim indicada na frente desta proposta, a quem autorizo a me representar frente à Vida Seguradora, para todos os fins necessários. Autorizo, ainda, a Vida Seguradora a obter qualquer informação sobre meu estado de saúde (atual e anterior) e de meu Dependente Cônjuge, junto aos médicos que nos atenderam, aos quais dispenso, para este fim, do dever do sigilo profissional. A Vida Seguradora se reserva o direito de fazer consulta ao SERASA, caso julgue necessário. Conforme o item "Dados de Cobrança", autorizo o meu empregador a descontar de meu salário, o custo que me cabe pela minha participação no seguro, caracterizado neste documento, bem como a reajustar minha contribuição, observado o critério de reajuste previsto nas Condições Contratuais, em decorrência da alteração de taxa e/ou de modificação do Valor Garantido. Declaro como fiel e legítima indicação do(s) beneficiário(s) nesta da proposta. Declaro que são verdadeiras todas as informações por mim prestadas nesta proposta, assumindo integral responsabilidade pela exatidão das mesmas, estando ciente de que, se eu fizer, a qualquer tempo, declarações inexatas ou omitir circunstâncias capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor da contribuição, perderei automaticamente o direito à participação no plano, bem como ao recebimento de qualquer Benefício por parte da seguradora, além de estar obrigado ao pagamento da contribuição vencida. Declaro, também, que tenho conhecimento e aceito, incondicionalmente, as Condições Contratuais do seguro ora contratado. Assumo total responsabilidade pelas declarações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e, caso não esteja preenchida, concordo integralmente com o conteúdo da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade Simplificada. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Vida Seguradora a faculdade de não renovar o Seguro na data de vencimento, sem devolução das Contribuições pagas. Atenção: a partir da data de recebimento desta proposta, a Vida Seguradora terá 15 (quinze) dias para aceitá-la ou recusá-la, ainda que tenha havido o pagamento da contribuição. Sua aceitação será automática, a não ser que a Vida Seguradora envie correspondência solicitando documentos complementares, dentro do prazo acima citado. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data de recebimento destes documentos. Se sua proposta não for aceita pela Vida Seguradora, você receberá uma correspondência informando a recusa, juntamente com a devolução da contribuição.

Local e data

Assinatura do Proponente

Assinatura do Responsável Legal (se o Proponente for menor de 18 anos)

Assinatura do Responsável pelo pagamento

Assinatura do Dependente Cônjuge

A Aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O Proponente poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

DADOS DE PRODUÇÃO/COMERCIALIZAÇÃO

(No caso de contratação de MultiFlex Empresarial, preencher somente os campos referentes a agenciamento)

Regional	Nome da Sucursal	Cód. Assessor Comercial	Nome Assessor Comercial			
Nome do Corretor 1 /Colaborador	Cód. SUSEP Corretor 1	Nome do Corretor 2 /Colaborador	Cód. SUSEP Corretor 2			
VG/APC	% Part. Corretor 1	% Part. Corretor 2	% 1ª Parcela	Agenciador	Cód. Agenciador	PL
Início de vigência				Data de vencimento/débito		

DADOS DO BENEFICIÁRIO 1

Nome completo / Razão Social			CPF / CNPJ (*) caso não possua, justifique		
Tipo de Identidade (*)	Nº (*)	Órgão emissor(*)	Data emissão(*)	País de expedição (no caso de passaporte) (*)	
Endereço completo (*)					
Bairro(*)	Cidade(*)	UF(*)	CEP(*)	DDD e Telefone(*)	
Profissão / Atividade desenvolvida pela pessoa jurídica (*)			Parentesco	%	

DADOS DO BENEFICIÁRIO 2

Nome completo / Razão Social			CPF / CNPJ (*) caso não possua, justifique		
Tipo de Identidade (*)	Nº (*)	Órgão emissor(*)	Data emissão(*)	País de expedição (no caso de passaporte) (*)	
Endereço completo (*)					
Bairro(*)	Cidade(*)	UF(*)	CEP(*)	DDD e Telefone(*)	
Profissão / Atividade desenvolvida pela pessoa jurídica (*)			Parentesco	%	

DADOS DO BENEFICIÁRIO 3

Nome completo / Razão Social			CPF / CNPJ (*) caso não possua, justifique		
Tipo de Identidade (*)	Nº (*)	Órgão emissor(*)	Data emissão(*)	País de expedição (no caso de passaporte) (*)	
Endereço completo (*)					
Bairro(*)	Cidade(*)	UF(*)	CEP(*)	DDD e Telefone(*)	
Profissão / Atividade desenvolvida pela pessoa jurídica (*)			Parentesco	%	

DADOS DO BENEFICIÁRIO 4

Nome completo / Razão Social			CPF / CNPJ (*) caso não possua, justifique		
Tipo de Identidade (*)	Nº (*)	Órgão emissor(*)	Data emissão(*)	País de expedição (no caso de passaporte) (*)	
Endereço completo (*)					
Bairro(*)	Cidade(**)	UF(*)	CEP(*)	DDD e Telefone(*)	
Profissão / Atividade desenvolvida pela pessoa jurídica (*)			Parentesco	%	

Obs.: - Caso sua contribuição seja maior que R\$ 50,00, será necessário o preenchimento de todos os campos indicados com (*).
 - Caso haja mais de um Beneficiário, e o proponente não tiver estabelecido os percentuais para cada um, o Capital Segurado será igualmente distribuído entre eles.
 - O proponente deverá obrigatoriamente informar sua relação de parentesco ou afinidade com o Beneficiário informado.

 Local e data

 Assinatura do Proponente

 Assinatura do Responsável Legal (se o Proponente for menor de 18 anos)