PROPOSTA DE ADESÃO PARA SEGUROS DE PESSOAS

**DADOS CADASTRAIS**

Nº APÓLICE VG: 275035

E/OU Nº APÓLICE AP: 275035

AGÊNCIA CONTRATANTE: 140 - FOZ DO IGUACU

ESTIPULANTE: FUNDAÇÃO PARQUE TECNOLOGICO ITAIPU - BRASIL

CNPJ: 07769688000118

SUBESTIPULANTE: FUNDAÇÃO PARQUE TECNOLOGICO ITAIPU - BRASIL

CNPJ: 07769688000118

PROPONENTE:

NOME COMPLETO:

( ) PRINCIPAL

( ) CÔNJUGE

CPF: DATA DE NASCIMENTO: / /

SEXO: ESTADO CIVIL: ENDEREÇO: CIDADE: CEP: UF: DATA DE INÍCIO DO VÍNCULO COM O ESTIPULANTE/ SUBESTIPULANTE: / /

OCUPAÇÃO QUE O PROPONENTE EXERCE:

# COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (R$) :

INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE - IEA (R$) :

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

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA **(\*)** - IFPD (R$) :

# COBERTURAS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

MORTE ACIDENTAL (R$) :

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

DMH - DESP. MÉDICAS e HOSPITALARES **(\*)**, ATÉ (R$) :

# (\*) COBERTURAS NÃO EXTENSIVAS AO CÔNJUGE.

**BENEFICIÁRIOS**

NOME PERCENTUAL

# Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão instituídos beneficiários aqueles indicados por lei.

**RESPONDA DE PRÓPRIO PUNHO AS PERGUNTAS A SEGUIR, ESCREVENDO “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:

1. Pratica pára-quedismo, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de aeronaves de qualquer característica?

Em caso positivo, especifique:

1. Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos?

Especificar, inclusive o grau de deficiência:

1. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se à intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho?

 Quando?

Indique a moléstia e detalhes:

1. Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?

Em caso negativo, especifique o motivo:

1. 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:

1. Já recebeu indenização por invalidez?

Em caso afirmativo, especifique:

Indique a Seguradora:

1. 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 de todas as Cláusulas das Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao 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 ou proceder qualquer alteração que gere ônus, dever ou obrigação no seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, sem meu expresso consentimento, estando ciente, contudo, que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Declaro, também, que a aceitação do seguro estará sujeita a análise de risco, bem como de que é facultado à seguradora solicitar-me esclarecimentos e/ou documentos adicionais acerca das informações prestadas na “Declaração Pessoal de Saúde”, antes da aceitação.

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 passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a 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.

Declaro ter ciência que: se o segurado, seu representante ou 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.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

DECLARO QUE RECEBI E TENHO CONHECIMENTO DO INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES GERAIS E CONTRATUAIS DESTE SEGURO, COM AS QUAIS ESTOU DE ACORDO.

LOCAL E DATA ASSINATURA DO PROPONENTE