

Importante : A declaração pessoal de saúde e atividade, abaixo, deverá ser preenchida de próprio punho e exclusivamente pelo Proponente, o qual compreende e concorda com todo seu conteúdo.

1. Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho ?

2. Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças hepáticas, renais, AIDS, diabetes e gota ?

3. É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente ?

4. Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar ? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação ?

5. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação), inclusive biópsia ? Qual(is) ? Anexar exames clínicos e laboratoriais.

6. Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados ? Cite-os.

7. Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos ou defeitos físicos em membros ou órgãos ? Cite-os.

8. Já recebeu indenização por acidente ou doença ? Em caso afirmativo, cite a seguradora e o motivo da indenização.

No caso de custeio Contributário, autorizo a(s) correspondente(s) cobrança(s) do(s) valor(es) do(s) custo(s) do seguro, de acordo com a opção de pagamento por mim determinada, observados os termos da apólice.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. 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 segurado 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.

RECIBO PROVISÓRIO DO PRÊMIO

Recebi do proponente acima, a importância de R\$ _____ conforme opção de pagamento identificada no anverso, correspondente a valor de prêmio desta Proposta, de acordo com a frequência de pagamentos escolhida. Os pagamentos em cheques, somente produzirão efeitos, com a compensação dos mesmos, com a suficiente provisão de fundos. Na hipótese de por qualquer motivo ser frustrado o pagamento do cheque, ficará a Seguradora com direito de cobrar as despesas administrativas, bem como as taxas bancárias, os impostos e taxas dispendidas por ela. Se efetuado pagamento através de cheque, favor identificar a seguir :

Banco _____ Agência _____

Conta _____ Dia de débito _____

A não aceitação desta em até 15 (quinze) dias, a contar da data de protocolo na Seguradora, ensejará a devolução de qualquer valor recebido e, conseqüentemente, a não cobertura do(s) capital(is) e garantia(s) nela descrita(s).

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO CORRETOR