

Os campos demarcados serão preenchidos pela SulAmérica na inclusão da proposta.

| | | | | | |
|--|-------|-------------|-----------------|--------------------|---------|
| Manutenção <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração | UOP | Cia 6220 | Sucursal | Ramo | Apólice |
| Nº do Certificado | Grupo | Plano | Pró-labore | Estrutura de Venda | |
| Estipulante | | | Sub-Estipulante | | |

Dados do Proponente

| | | | | | |
|---|--------------|----------------|-----------------|--------------------|--|
| Nome | | | | Data de Nascimento | Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Sep. Jud. <input type="checkbox"/> Divor. | Altura | Peso | Matrícula | Admissão | CPF |
| Carro/Profissional | Renda Mensal | Viência Fatura | Término Viência | | |
| Endereço Completo | | | | Bairro | |
| Cidade | UF | CEP | DDD - Telefone | E-mail | |
| Nome do Responsável (Quando menor 18 anos) | | | | CPF | |

Dados do Cônjuge

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|---------------------|
| Nome do Cônjuge | | | CPF |
| Data de nascimento | Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | Vigência Fatura | Término de Vigência |

Capitais Segurados

| Coberturas | Processo Susep | Capital Inicial | Prêmio Inicial |
|-------------------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| Morte | 15414.002614/2006-35 | | |
| Morte com Inclusão de Cônjuge | 15414.002614/2006-35 | | |
| Morte Acidental | 15414.002616/2006-24 | | |
| IPA | 15414.002613/2006-91 | | |
| IFPD | 15414.002612/2006-46 | | |
| Funeral | 15414-002701/2006-92 | | |
| Doenças Graves | 15414.002607/2006-33 | | |
| D.M.H. | 15414.002606/2006-99 | | |
| Auxílio Cesta Básica | 15414.002614/2006-35 | | |
| Prêmio Total | | | |

O pagamento da indenização por morte ou invalidez total implica o cancelamento do contrato do segurado principal, bem como dos segurados dependentes para toda e qualquer cobertura contratada.

Beneficiários do Proponente

| Nome | Data Nasc. | Grau Parentesco | Percentual |
|------|------------|-----------------|------------|
| | | | |
| | | | |

Declaro que tive prévio conhecimento da íntegra das condições gerais e que na falta de indicação de beneficiário, a indenização será paga conforme legislação em vigor. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora, a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco. "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". O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Declaro, também, que a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho e que todas as informações, respostas e declarações deste proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções.

Local e Data**Assinatura do Proponente e/ou Responsável**

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade

| Esta Declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal escrevendo “Sim” ou “Não” no campo de respostas, e as explicações abaixo da última pergunta, quando for o caso. | Principal Sim / Não | Cônjuge Sim / Não |
|--|------------------------|----------------------|
| 1) Encontra-se atualmente em plena atividade profissional? Em caso negativo, especifique o motivo. Caso seja aposentado, especifique se a aposentadoria ocorreu por tempo de serviço/idade ou por invalidez. | | |
| 2) Pratica competições desportivas, pára-quadismo ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Favor informar qual. | | |
| 3) É portador de alguma moléstia ou doença (inclusive profissional) que o obrigue a consultar médicos, fazer exames ou tomar algum medicamento periodicamente? Em caso afirmativo, favor informar qual e a periodicidade. | | |
| 4) Já foi submetido a tratamento clínico (inclusive punção ou biopsia), cirúrgico, tratamento com radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia ou de reabilitação em regime de internação (inclusive para tratamento de dependência química de álcool ou droga)? Em caso afirmativo, favor informar quando, onde e motivo ? | | |
| 5) É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos ? Cite-os, indicando o grau de redução funcional e se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, óculos ou lentes de contato com grau. | | |
| 6) Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis) ou para a realização de cirurgia? Em caso afirmativo, favor informar quais exames. | | |
| 7) Tem diabetes, sofre ou sofreu de alteração de níveis pressóricos (hipertensão arterial), tem ou teve problema circulatório ou vascular? Em caso afirmativo informar qual e quando esteve em tratamento. | | |
| 8) Tem ou teve algum problema, ou já realizou exames cardiológicos para detectar alguma doença do coração tal como, angina, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, doença das válvulas do coração ou outras patologias do coração e suas artérias? | | |
| 9) Tem ou teve alguma das seguintes situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa, tumores (benigno ou maligno), doença do sangue ou auto-imune? Em caso afirmativo, favor informar qual, diagnóstico e tratamento adotado. | | |
| 10) Tem ou teve alguma doença ou disfunção do trato gastrointestinal, na próstata, bexiga ou nos rins (inclusive insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise ou tumor renal) ? Em caso afirmativo especifique o problema e tratamento adotados. | | |
| 11) Submeteu-se ou tem indicação para algum transplante? Especifique. | | |
| 12) Tem ou teve algum problema pulmonar ou doença psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento)? Em caso afirmativo, favor informar qual e o tratamento e medicação adotados. | | |
| 13) Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual e tratamento adotado. | | |
| 14) Possui outro(s) seguro(s) de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data e/ou teve alguma proposta recusada ou pendente de aceitação? Em caso afirmativo, especifique. | | |
| 15) Realizou exames específicos para detectar alguma doença nos últimos 5 anos, tais como: exames de sangue, de urina, raio X, angiografia, ressonância magnética, tomografia, pet CT ou qualquer outro exame de diagnóstico? Especifique o(s) tipo(s) de exame(s), data da realização e o(s) resultado(s) | | |
| 16) Já foi seqüestrado ou sofreu ameaças de seqüestro ou de morte? | | |
| 17) Seu salário é a sua única fonte de renda? Em caso negativo, qual(is) a(s) outra(s). | | |

Caso você tenha que completar alguma resposta acima, utilize o espaço abaixo, especificando o campo.

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas, estando ciente que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Autorizo a SulAmérica a buscar, se necessário, novos subsídios para análise e verificação das informações aqui prestadas, no momento da contratação e efetuar a inclusão de informações, sinistros e ocorrências relacionadas ao presente seguro, em banco de dados, aos quais a seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros. Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a SulAmérica, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Autorizo ainda quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, as quais dispensem do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Pelo presente, **autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas** contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das Condições Gerais, devendo ser encaminhadas diretamente ao Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes ao contrato. Autorizo o Estipulante a descontar do meu salário em folha de pagamento a importância, relativa a minha contribuição para os Seguros Coletivos de Vida e/ou Acidentes Pessoais, contratados sobre minha vida e/ou do meu cônjuge, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força das Escalas das Quantias Seguradas e de acordo com as demais condições da(s) respectiva(s) Apólice(s) para as quais designo o(s) beneficiário(s) citado(s) no verso.

| Local e Data | Assinatura do Proponente | |
|--|--------------------------|---------------|
| Proponente não alfabetizado - Inclusão mediante a assinatura de duas testemunhas (a rogo). | 1ª Testemunha | 2ª Testemunha |