

PROPOSTA DE ADESÃO

 NOVO INCLUSÃO DE PET

DADOS CONTRATANTE

Contratante: _____
Identidade: _____ Orgão Emissor: _____ CPF / CNPJ: _____
Tel: _____ Cel: _____
E-mail: _____ Nascimento: ____/____/____
Endereço: _____
Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ____ CEP: _____
Segundo Responsável: _____ CPF: _____

PAGAMENTO

Taxa de cadastro:

Valor pago no ato da compra:

CARTÃO

VENDA

VENCIMENTO FATURA

INÍCIO DA VIGÊNCIA

 Estou ciente da data de vencimento

01

Após 72 horas

OBSERVAÇÕES _____

- Para contratação será necessário: i) Documento oficial com foto (RG e CPF) com foto; ii) Comprovante de residência (últimos 60 dias); iii) **Carteira de vacinação atualizada.**
- **Reajuste Contratual:** de acordo com o contrato.
- **Área de Abrangência:** Estadual ou Nacional (conforme modalidade do plano).

- Reconheço que sou responsável por todas as informações declaradas.
- Estou ciente do(s) Plano(s) contratado(s).
- Declaro ter analisado Tabela de Cobertura e Contrato do Cliente junto ao consultor.

Data de Vigência: conforme proposta de adesão (devidamente microchipado).

Ao assinar o presente contrato confirmo estar de acordo com o "Contrato do Cliente" e "Guia do Cliente", apresentados no momento da assinatura, disponível no site www.lifepet.com.br/areadocliente e que será encaminhado ao e-mail cadastrado.

Data: ____ / ____ / _____ Local: _____

Contratante: _____ Assinatura: _____

Consultor: _____ Assinatura: _____

CATEGORIA

INDIVIDUAL

FAMILIAR

AFINIDADE
QUAL:

PET 01
 Canino Felino
 Macho Fêmea

Nome Pet: _____
Raça: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
Microchip: _____ Pedigree: _____

Planos Integrais

 Básico **Essencial** **Platinum** **Black**

Forma de pagamento

 Mensal **Anual**

Acréscimo por idade

 20%
7 a 9 anos **40%**
10 a 14 anos

Valor: _____

PET 02
 Canino Felino
 Macho Fêmea

Nome Pet: _____
Raça: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
Microchip: _____ Pedigree: _____

Planos Integrais

 Básico **Essencial** **Platinum** **Black**

Forma de pagamento

 Mensal **Anual**

Acréscimo por idade

 20%
7 a 9 anos **40%**
10 a 14 anos

Valor: _____

PET 03
 Canino Felino
 Macho Fêmea

Nome Pet: _____
Raça: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
Microchip: _____ Pedigree: _____

Planos Integrais

 Básico **Essencial** **Platinum** **Black**

Forma de pagamento

 Mensal **Anual**

Acréscimo por idade

 20%
7 a 9 anos **40%**
10 a 14 anos

Valor: _____

PET 04
 Canino Felino
 Macho Fêmea

Nome Pet: _____
Raça: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
Microchip: _____ Pedigree: _____

Planos Integrais

 Básico **Essencial** **Platinum** **Black**

Forma de pagamento

 Mensal **Anual**

Acréscimo por idade

 20%
7 a 9 anos **40%**
10 a 14 anos

Valor: _____

PET 05
 Canino Felino
 Macho Fêmea

Nome Pet: _____
Raça: _____ Nascimento: ____ / ____ / ____
Microchip: _____ Pedigree: _____

Planos Integrais

 Básico **Essencial** **Platinum** **Black**

Forma de pagamento

 Mensal **Anual**

Acréscimo por idade

 20%
7 a 9 anos **40%**
10 a 14 anos

Valor: _____

Contratante: _____ Assinatura: _____

CHECK-LIST

Prezado cliente, solicitamos que leia atentamente estes itens, para que sejam esclarecidos os principais pontos sobre sua adesão à Lifepet. Vamos lá:

- Em hipótese alguma o Pet será atendido sem o microchip (ainda que seja caso de emergência);
- Para a realização da microchipagem é necessário que o Pet esteja com a carteira de vacinação em dia. Sendo filhote, deve estar sadio e ter mais de 60 dias;
- Os atendimentos em caso de urgência e emergência só poderão ser realizados 48h após a microchipagem do Pet;
- Coberturas e Carências constam na Área do Cliente que está disponível no site: www.lifepet.com.br;
- Doenças e males preexistentes (CPT) terão cobertura após 12 meses de contrato ininterrupto;
- No caso de atraso de pagamento, o serviço é automaticamente SUSPENSO (inclusive para urgências e emergências);
- No caso de atraso superior a 60 dias, o plano é automaticamente CANCELADO, permanecendo as cobranças de mensalidades vencidas;
- Após 60 dias de inadimplência o débito em aberto poderá ser inscrito no SPC e SERASA (desde que previamente comunicado);
- Os pagamentos realizados demoram até 72 horas para serem reconhecidos pelo banco;
- REDE CREDENCIADA: www.lifepet.com.br/rede;
- No prazo de até 7 dias após pagamento será enviado ao e-mail de cadastro, os seguintes documentos:
 - i) Carta de boas vindas; ii) Login e senha da Área do Cliente;
- Caso o animal venha a óbito ou haja desistência do plano não haverá restituição (caso seja beneficiado com algum desconto);
- Fidelidade: o contrato possui fidelidade de 12 meses, podendo ser cancelado sem multa rescisória caso não tenha utilizado qualquer procedimento.

Reconheço que fui orientado pelo representante quanto às informações acima.

Contratante: _____ Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Assinalar **S** (sim) ou **N** (não) as respostas às seguintes questões:

	PET 1	PET 2	PET 3	PET 4	PET 5
Sofre(u) de alguma doença infecciosa ou parasitária: erlichia ou anaplasma (doença do carrapato), hepatite, meningite, infecções virais, entre outros? Especifique.					
Sofre(u) de alguma tipo de neoplasia (câncer)? Especifique.					
Sofre(u) de alguma doença no sangue (anemias)? Especifique.					
É portador(a) de alguma doença endócrina (diabetes, hiperadrenocorticismo, hipotireoidismo, entre outras)? Especifique.					
Sofre(u) de alguma doença do sistema nervoso (convulsões, ataxias, entre outras)? Especifique.					
Alguma afecção dermatológica? (atopia, DAPE, Sarna)? Especifique.					
É portador de alguma enfermidade circulatória(sopro, arritmia, hipertensão)? Especifique.					
Sofre(u) algum problema em ouvido? Especifique.					
Sofre(u) alguma afecção do aparelho respiratório (colapso de traqueia, bronquite, pneumonia, estenose de narinas, (palato alongado)? Especifique.					
Sofre(u) de doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlceras, diarreias, corpo estranho)? Especifique.					
Sofre(u) de doença do aparelho genito-urinário (piometras, hiperplasia prostática, mastites, hematúria, obstruções, cistite, cálculo, fimose, insuficiência renal)? Especifique.					
Sofre(u) algum tipo de fratura ou traumatismo? Se sim, realizou algum procedimento cirúrgico para correção?					
Realizou algum tipo de procedimento cirúrgico? Especifique.					
Sofre de alguma má formação congênita? Especifique.					
Sofre(u) algum tipo de doença não relacionada acima? Especifique.					

Declaro para os devidos fins que na hipótese de doença preexistente, conhecida ou não, a cobertura do procedimento será após 12 meses de permanência ininterrupta no plano. No ato da microchipagem, o(s) pet(s) passará(ão) por uma avaliação de pré-existência.

Considera-se doença preexistente a que o Pet tinha antes da contratação do plano.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura: _____ CPF: _____

