

PROPOSTA ADESÃO / ALTERAÇÃO VIDA ACIDENTES PESSOAIS

**Dados do Proponente**

Nome

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data de Nascimento | Sexo  H M | Estado Civil | CPF |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço | Número | Complemento |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bairro | Cidade | UF | CEP |

|  |
| --- |
| Profissão |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do cônjuge** | **Data de Nascimento** | **CPF** |

**Capital Segurado Contratado**

|  |
| --- |
| **Vida, Doenças Graves e Acidentes | Acidentes Pessoais** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titular:** | |
| Morte (básica) R$ | Prêmio R$ | |

**Cônjuge (quando contratado):**

|  |  |
| --- | --- |
| Morte (básica) R$ | Prêmio R$ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prêmio Total:** Titular + Cônjuge | R$ |

**Coberturas Contratadas**

As coberturas, os percentuais de contratação e os limites por cobertura estão previstos no contrato de seguros.

**Beneficiários do Segurado Principal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome 1) | Data Nascimento | Parentesco | % (\*) |
| 2) |  |  |  |
| 3) |  |  |  |
| 4) |  |  |  |

**(\*) O somatório dos percentuais não poderá ser superior a 100%. O beneficiário do cônjuge será sempre o segurado principal.**

# Importante: Preencha a Declaração Pessoal de Saúde no verso desta proposta.

Tokio Marine Seguradora S.A. - CNPJ 33.164.021/0001-00 – Cia 0619-0 - Rua Sampaio Viana, 44 – 04004-902 – São Paulo – SP

Central de Atendimento: 0300 33 TOKIO (86546) - Disque Fraude 0800 707 6060 – SAC 0800 703 9000 – SAC (Deficientes Auditivos e de Fala) 0800 770 1523 - Ouvidoria: Cx. Postal 12.829 - 04010-970 – São Paulo – SP - E-mail: [ouvidoria@tokiomarine.com.br](mailto:ouvidoria@tokiomarine.com.br) - [www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br/)



**Declaração Pessoal de Saúde - Deve ser preenchida de próprio punho pelo Segurado/Proponente**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Preencher “sim” ou “não” de próprio punho ao lado das questões abaixo no respectivo campo titular / cônjuge. Para as respostas afirmativas, especifique em detalhes abaixo da questão.** | | | **Titular** | **Cônjuge** |
| 1) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? | | |  |  |
| 2) Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades de trabalho? | | |  |  |
| 3) Já foi submetido a tratamento clínico ou cirúrgico (inclusive com a realização de biópsia) ou à quimioterapia, radioterapia ou outros tratamentos específicos por tempo prolongado? | | |  |  |
| 4) Faz uso habitual de medicamentos? Informe qual(is), motivo do uso e se há prescrição médica. | | |  |  |
| 5) Tem deficiência em órgãos, membros ou sentidos? Neste caso, especifique: | | |  |  |
|  | | | | |
| **Autorização para desconto em folha ou débito em conta corrente (quando aplicável)** | | | | |
| **Autorizo o Estipulante a descontar de meu salário ou a efetuar o débito de minha conta corrente**  **N°** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ag** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Banco**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**os valores correspondentes ao custo que me cabe pela minha participação no seguro, caracterizado nesta proposta, bem como reajustar minha contribuição, observados os critérios de reajuste e de reenquadramento de taxa previstos nas Condições Gerais e/ou Particulares do Seguro. Tenho ciência de que o não pagamento da contribuição poderá acarretar o cancelamento do seguro conforme os prazos previstos nas Condições Gerais e/ou Contratuais do Seguro.** | | | | |
|  | | | | |
| **Autorização para inclusão** | | | | |
|  | | | | |
| * Declaro que recebi e tomei ciência das Condições Contratuais deste Seguro. * Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome e de meu cônjuge, na(s) apólice(s) de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, contratado pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Especiais da(s) referida(s) apólice(s), devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao(s) contrato(s) serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgadas. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o(s) aqui proposto(s) no decorrer de sua vigência e nem de reduzir a minha importância segurada, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora. * Estou ciente que as declarações que prestei farão parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) e ser(em) celebrado(s) com a Seguradora, ficando a mesma(s) 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. Declaro, ainda, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e completas e estou ciente que, de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiverem sido omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito à garantia contratada, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido. | | | | |
|  | | | | |
| Local | Data | Assinatura do Proponente | | |

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguro no site [www.susep.gov.br,](http://www.susep.gov.br/) por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

**Proc. Adm. SUSEP Vida em Grupo - nº 005-00307/00 e nº 15414.001974/2006-10 – Acid. Pessoais nº 005-00306/00**

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico ww.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.