

FICHA DE ADESÃO AO SEGURO DE VIDA

Matrícula: _____

Nome _____
 Data nasc. ____/____/____ Estado civil _____ CPF _____
 Função _____ Setor _____

Declaração de Saúde e Atividade do Proponente

(Responda às perguntas a seguir e dê os esclarecimentos, se for o caso)

Itens	Sim	Não	Esclarecimentos
1. Considera-se atualmente em boas condições de saúde?			
2. Pratica pára-queda, vôo-livre ou exerce alguma atividade profissional ou amadora a bordo de aeronave de qualquer característica?			
3. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de alguma moléstia? Quando? Indique a moléstia que o tenha forçado a consultar médicos, fazer tratamento, hospitalizar-se, intervenção cirúrgica que o afastou de suas atividades normais de trabalho, teve câncer ou qualquer tipo de doença nervosa, do coração, hérnia, diabetes, sífilis, formas de tuberculose, hipertensão ou outra?			
4. Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?			
5. Já teve alguma proposta de seguro de vida ou de acidente pessoal recusado por qualquer seguradora?			
6. Já recebeu indenização por invalidez?			

Caso o segurado não esteja de acordo com a cláusula beneficiária mencionada, favor informar nos espaços abaixo a respectiva designação.

Estado Civil	Beneficiários
1. Casado/a	Esposa/o, na falta dos filhos.
2. Solteiro/a, viúvo/a, desquitado/a, divorciado/a, companheiro/a designado/a na Previdência Social, com filhos.	50% ao companheiro/a 50% aos filhos
3. Solteiro/a, viúvo/a, desquitado/a, divorciado/a, companheiro/a designado/a na Previdência Social, sem filhos.	o/a companheiro/a.
4. Solteiro/a, viúvo/a, desquitado/a, divorciado/a, companheiro/a e com filhos.	os filhos em partes iguais, com reversão para si.
5. Solteiro/a, viúvo/a, desquitado/a, divorciado/a, companheiro/a e com filhos.	Os pais e, na falta destes, os irmãos em partes iguais.

Nome do Beneficiário	Parentesco	Data de Nascimento	Percentual

Deficiências _____

Declaro estar em perfeitas condições de saúde e ciente que eventos relacionados a acidentes ocorridos ou doenças contraídas anteriormente à contratação deste Seguro não estarão cobertos, bem como acidentes provocados pela prática de esportes como pára-queda, automobilismo, motociclismo, boxe, asa-delta, ultra-leve, mergulho, ou, ainda, acidentes ocorridos em competições com barcos e veículos a motor em geral. Declaro, ainda, para fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o Art. 1444 do Cód. Civil Brasileiro se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou taxa de prêmio perderei o direito ao valor do seguro. Outrossim, autorizo o desconto mensal em Folha de Pagamento do valor estipulado do prêmio.

S.B. do Campo, ____ de ____ de 2010

Assinatura do Proponente

Declaro que **não** opto pelo seguro de vida em grupo.

S.B. do Campo, ____ de ____ de 2010

Assinatura do Proponente