

**SulAmérica Pessoas**  
**Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais**  
**Proposta de Adesão**

**SulAmérica**

associada ao ING

Processo Susep APC nº 15414.004704/97-36 - VG nº 005.00162/00

Os campos reticulados serão preenchidos pela SAS somente na "Inclusão". Nos demais situações deverão ser preenchidos pelo emissor da Proposta.

É obrigatório o preenchimento da DPS no verso para os casos de Inclusão e Alteração de Capital.

Manutenção     Inclusão     Alteração		UOP	Cia	Ramo	Apólice
No. do Segurado na Apólice	Grupo	Plano	Local	Segurado Tipo F - Pessoa Física     J - Pessoa Jurídica	
Estipulante		Subestipulante			

**Dados do Proponente Principal**

Nome do Proponente

Documento Nº	Tipo Documento 1 - CPF 2 - Passaporte	Nacionalidade	RG	Data Emissão	Órgão Emissor
Nascimento	Sexo M - Masc. F - Fem.	Idade Tarifária	Estado Civil S - Solteiro C - Casado V - Viúvo D - Desquitado/Divorciado	Matricula	Admissão
Renda Mensal	Cargo/Ocupação		Início Vigência	Término Vigência	
Endereço Completo				Bairro	
Cidade	UF	CEP	DDD - Telefone		
Peso	Altura	Profissão	Aposentado     Sim     Não	Motivo da Aposentadoria     tempo de serviço ou idade     Invalidez	
Assistência 24 horas     A     B     C     D	Assist. Viagem	Assist. Residencial	Assist. Funeral   1   2   3   4   5   6   7   8	Estrutura de Venda	Vigência Futura
Nome do Responsável*		RG	Data Emissão	Órgão Emissor	CPF do Responsável*

\* Dados do Responsável deverão ser preenchidos somente caso o proponente seja menor de 18 anos

**Dados do Cônjuge**

Nome do Cônjuge

Documento Nº		Tipo Documento 1 - CPF 2 - Passaporte			
RG	Data Emissão	Órgão Emissor	Data de Nascimento	Sexo     M-Masc.     F-Fem.	Início de Vigência
Término de Vigência	Profissão	Número do Segurado Principal	Número na Apólice		

**Capitais Segurados**

**Vida em Grupo**

Princ.	Morte	Indenização Adic.Morte Acidental (IEA)	Invalidez Perm.Tot./Parc. por Acidente (IPA)	Invalidez Perm.Tot. por Doença (IPD)	Controle
Cônj.	Morte	Indenização Adic.Morte Acidental (IEA)	Invalidez Perm.Tot./Parc. por Acidente (IPA)	Invalidez Perm.Tot. por Doença (IPD)	Controle
Filho	Morte	Indenização Adic.Morte Acidental (IEA)	Invalidez Perm.Tot./Parc. por Acidente (IPA)	Invalidez Perm.Tot. por Doença (IPD)	Controle

Prêmio Proponente Principal Prêmio Cônjuge Prêmio Principal + Cônjuge + Filhos (Prêmio VG)

**Acidentes Pessoais**

Princ.	Morte Acidental (MA)	Invalidez Permanente (IP)	Desp. Méd. Hospitalar (DMH)	Controle
Cônj.	Morte Acidental (MA)	Invalidez Permanente (IP)	Desp. Méd. Hospitalar (DMH)	Controle
Filho	Morte Acidental (MA)	Invalidez Permanente (IP)	Desp. Méd. Hospitalar (DMH)	Controle

Prêmio Proponente Principal Prêmio Cônjuge Prêmio Principal + Cônjuge Prêmio Total VG/AP

**Beneficiários**

Nome	Data Nasc.	Grau Parentesco	Percentual	Visto Proponente

A soma dos percentuais não pode ultrapassar 100% / Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito

Data da Análise	Visto e Carimbo do Analista	Data da Digitação	Visto e Carimbo do Digitador
-----------------	-----------------------------	-------------------	------------------------------

**Declaração Pessoal de Saúde e Atividade**

Esta Declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal que fica também responsável pela declaração de seu cônjuge, escrevendo "Sim" ou "Não" no campo de respostas, e as explicações nas linhas abaixo de cada resposta, quando for o caso. Se necessário, utilize o campo "Observações" abaixo, indicando o item correspondente.

	Principal	Cônjuge
1) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo indique o motivo. Exemplos: aposentado por tempo de serviço, aposentado por doença, desempregado, etc.		
2) Tem qualquer deficiência de órgão, membros ou sentidos (ex: visão, audição, etc) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? (Especifique, inclusive o grau de deficiência).		
3) Encontra-se atualmente em boas condições de saúde?		
4) Faz uso diário ou periódico de algum medicamento? Indique quais e as razões.		
5) É portador de alguma moléstia ou alguma enfermidade cardiovascular, pulmonar, digestiva, renal, hepática, diabetes melitus, hipertensão arterial, hemofilia, AIDS ou alguma outra doença não especificada nesse questionário que o tenha obrigado a consultar médicos e/ou realizar exames complementares? Cite-as.		
6) Sofre ou sofreu de alguma moléstia que o tenha obrigado a hospitalizar-se para tratamento clínico e/ou cirúrgico, inclusive biópsia ou punção, ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Indique-as e detalhe.		
7) Pratica pára-quedaismo, vôos em asa delta, ultra-leve, mergulho ou similares ou ainda exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Especifique.		
8) Teve alguma proposta de Seguro de Vida ou Acidentes Pessoais recusada por qualquer Seguradora, já recebeu indenização por Acidente ou Doença ou possui algum Seguro de Vida, Acidentes Pessoais ou Previdência Privada em outra companhia de seguros ou na própria SulAmérica? Em caso afirmativo, indicar Seguradora, Capitais Segurados, datas e motivo da recusa ou indenização.		

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e do meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verídicas, nada preterindo que possa influir na aceitação deste seguro e autorizo a SulAmérica a buscar novos subsídios para análise e verificação das informações aqui prestadas no momento da contratação ou na ocorrência de um sinistro.

Solicito que seja aceita minha proposta, assumindo total responsabilidade pelas informações e declarações que aqui faço. Declaro ainda estar ciente das condições gerais e particularidades e que somente adquirirei a condição de segurado do plano a partir da data de vigência da inscrição, especificada na minha apólice, na qual estão caracterizadas as demais condições do plano.

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Proponente \_\_\_\_\_

Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser celebrado com a Companhia Seguradora 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 a quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, a quem dispense do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa.

**Declaro ainda, para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com legislação em vigor, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou taxa do prêmio perderei o direito ao valor do(s) seguro(s) e pagarei o prêmio vencido.**

Pelo Presente, autorizo a inclusão de meu nome na(s) apólice(s) de seguro(s) de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais solicitada(s), a Companhia indicada no anverso 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 ser encaminhadas diretamente ao aludido Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes aos contratos, que para tal fim, fica investido de poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe darão direito de cancelar o(s) seguro(s) aqui proposto(s), sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio correr integralmente sob a minha responsabilidade, estando ciente contudo, que a(s) apólice(s) poderá(ão) deixar de ser renovada(s) ou ter(em) suas condições modificadas em seu(s) aniversário(s) por decisão do Estipulante ou da(s) Seguradora(s).

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Proponente \_\_\_\_\_

Os prêmios mensais serão sempre obtidos aplicando-se as taxas médias de cada plano aos respectivos capitais segurados.

Esta taxa, conforme disposto na regulamentação do Seguro de Vida em Grupo será recalculada a cada ano e poderá variar em função da composição etária de cada grupo.

Pelo presente, autorizo a Estipulante no verso indicado a descontar de 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 com a Companhia no verso indicada, 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.

Sendo o proponente analfabeto deverá esta proposta ser firmada a rogo, assinando aqui dois outros componentes do grupo como testemunhas e ter o visto do Estipulante.	1ª Testemunha	Visto do Estipulante
	2ª Testemunha	

Nome do Corretor \_\_\_\_\_ Código SUSEP \_\_\_\_\_

Declaro que entreguei ao Proponente, as Condições Gerais e Particulares deste seguro e que ele está ciente de seu conteúdo. Declaro também que a Declaração de Saúde e Atividade e que a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho, pelo proponente (ou seu responsável, se incapaz nos termos do Código Civil Brasileiro) e que, segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções.

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo do Corretor \_\_\_\_\_

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura do Proponente \_\_\_\_\_