

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



Os campos reticulados serão preenchidos pela SAS somente na "inclusão". Nas demais situações deverão ser preenchidos pelo emissor da Proposta. É obrigatório o preenchimento da DPSA no verso para os casos de Inclusão e Alteração de Capital

Manutenção	UOP	Cia	Sucursal	Ramo	Apólice
Inclusão Alteração	337	6220	Ribeirão Preto	930/825	638631/502812
Estipulante			CNPJ		
ASSOCIAÇÃO SABESP			049.750.839/0001-39		
Subestipulante				Grupo	

Dados do Proponente Principal

Nome do Proponente			Nº. do Certificado		Item
CPF		Nacionalidade	RG	Data Emissão	Órgão Emissor
Data de Nascimento	Sexo M - Masc. F - Fem.	Estado Civil S - Solteiro C - Casado V - Viúvo D - Desquitado/Divorciado	Matrícula	Admissão	Profissão
Renda Mensal	Cargo/Ocupação	Peso	Altura	Início Vigência	Término Vigência *
Endereço Completo				Bairro	
Cidade			UF	CEP	DDD - Telefone
Telefone Comercial		Celular	E-mail		

*O término de vigência deverá respeitar sempre o término de vigência da apólice.

CAPITAIS SEGURADOS

Coberturas	Processo Susep	Principal	Conjuge	Filhos	Prêmio inicial
Morte	15414.003484/2006_58	25 vezes o salário	12,5 vezes o salário	2,5 vezes o salário	
Morte Acidental	15414.003486/2006-47	25 vezes o salário	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
IPA	15414.003485/2006-01	25 vezes o salário	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
IFPD	15414.003468/2006-11	25 vezes o salário	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	
Auxílio Funeral	15414.003484/2006-58	R\$ 2.000,00	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	

Observações:

- a) Os capitais segurados estarão limitados ao teto máximo estipulado na apólice;
- b) Auxílio funeral adicional, em caso de morte do segurado principal;

Beneficiários do Proponente Principal

Nome	Data Nasc.	Grau Parentesco	Percentual

A soma dos percentuais não pode ultrapassar 100% / Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito. Na ausência de indicação, ou se por algum motivo esta não prevaleça, a indenização em caso de morte do segurado principal será paga em conformidade com a legislação em vigor.

Local e Data		Assinatura do Proponente Principal	
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 escrevendo "SIM" ou "NÃO" no campo de respostas e as explicações nas linhas abaixo de cada resposta, quando for o caso.

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.	Proponente "SIM" ou "NÃO"
2) É portador de alguma doença (tais como, diabetes, hipertensão, problema vascular, doença profissional) que o obrigue a consultar médico, fazer exames ou tomar algum medicamento? Em caso afirmativo, favor informar a doença, o medicamento que toma e a periodicidade das consultas médicas e dos exames.	
3) 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 qual, quando, onde e motivo?	
4) É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, favor informar a deficiência, se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, lentes de grau.	
5) Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis)? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.	
6) Tem ou teve algum problema pulmonar, 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?	
7) Tem ou teve alguma das situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa ou psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento), tumores, disfunção do trato gastrointestinal, próstata, bexiga, rins (insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise). Em caso afirmativo, especifique o problema e o tratamento adotado.	
8) Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual o tratamento adotado.	

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações 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 de prêmio, perderá a 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 ou na ocorrência do sinistro.

Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato de seguro 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 dispõem do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Pela presente, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas contratada pela pessoa jurídica, indicada no anverso como Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das Condições, devendo ser encaminhadas diretamente ao aludido Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, 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 seguro aqui proposto, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio correr integralmente sob a minha responsabilidade, estando ciente, contudo, que esta apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Proponente Principal

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	

Disposições Gerais

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.

Aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Pelo presente, autorizo o 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.

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 do Corretor	
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	

Local e Data	Assinatura do Proponente Principal
--------------	------------------------------------

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE - NOSSA CAIXA NOSSO BANCO SANTANDER
Autorizo Associação SABESP o débito em conta corrente das parcelas do prêmio decorrente desta proposta.
Estou ciente de que a inadimplência de qualquer das parcelas do prêmio no vencimento por inexistência de saldo em minha conta corrente, implicará na suspensão imediata da cobertura do seguro.
O débito por mim ora autorizado poderá ser suspenso, estando ciente de que para tanto, deverei fazê-lo por escrito e no prazo máximo de 15 (quinze) dias de antecedência do vencimento da parcela respectiva.

_____, de _____ de _____

Nome do correntista _____

Agência _____ Conta nº _____ Valor R\$ _____

Assinatura do Correntista _____

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 nas linhas abaixo de cada resposta, quando for o caso.

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.	Proponente "SIM" ou "NÃO"
2) É portador de alguma doença (tais como, diabetes, hipertensão, problema vascular, doença profissional) que o obrigue a consultar médico, fazer exames ou tomar algum medicamento? Em caso afirmativo, favor informar a doença, o medicamento que toma e a periodicidade das consultas médicas e dos exames.	
3) 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 qual, quando, onde e motivo?	
4) É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, favor informar a deficiência, se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, lentes de grau.	
5) Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis)? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.	
6) Tem ou teve algum problema pulmonar, 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?	
7) Tem ou teve alguma das situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa ou psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento), tumores, disfunção do trato gastrointestinal, próstata, bexiga, rins (insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise). Em caso afirmativo, especifique o problema e o tratamento adotado.	
8) Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual o tratamento adotado.	

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações 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 de prêmio, perderá a 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 ou na ocorrência do sinistro.

Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato de seguro 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 dispõem do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Pela presente, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas contratada pela pessoa jurídica, indicada no anverso como Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das Condições, devendo ser encaminhadas diretamente ao aludido Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, 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 seguro aqui proposto, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio correr integralmente sob a minha responsabilidade, estando ciente, contudo, que esta apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Proponente Principal

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	