

UOP		Grupo	Plano	Subestipulante <b>ANSEF - NACIONAL</b>			
<b>Dados do Proponente Principal</b>							
Nome X			CPF X	Nascimento X		Certificado	
Tipo de Movimento	Cargo	Admissão	Salário	Peso X	Altura X	Início de Vigência	
<b>Dados do Cônjuge</b>							
Nome			CPF	Nascimento		Certificado	
Tipo de Movimento				Peso	Altura	Início de Vigência	
<b>Endereço de Correspondência</b>							
Logradouro		Bairro	Cidade		Estado	CEP	
<b>Capitais Segurados / Coberturas</b>							
Processo SUSEP	Cobertura	Capital (R\$)	Processo SUSEP	Cobertura	Capital (R\$)		
Esta Declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal, inclusive as declarações do cônjuge, quando esta cobertura for contratada, escrevendo "Sim" ou "Não" nos campos de respostas. Para eventuais explicações, quando for o caso, utilizar as linhas abaixo de cada pergunta.							Respostas Sim/Não
Item	Declaração de Saúde e Atividade					Principal	Cônjuge
01	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.					*****	*****
02	Pratica competições desportivas, pára-queda ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Favor informar qual.					*****	*****
03	É portador de alguma moléstia ou doença (inclusive profissional) que o obrigue a consultar médicos, fazer exames ou tomar algum medicamento periodicamente? Em caso afirmativo, favor informar qual e a periodicidade.					*****	*****
04	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 quando, onde e motivo?					*****	*****
05	É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os, indicando o grau de redução funcional e se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, óculos ou lentes de contato com grau.					*****	*****
06	Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis) ou para a realização de cirurgia? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.					*****	*****
07	Tem diabetes, sofre ou sofreu de alteração de níveis pressóricos (hipertensão arterial), tem ou teve problema circulatório ou vascular? Em caso afirmativo informar qual e quando esteve em tratamento.					*****	*****
08	Tem ou teve algum problema, 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?					*****	*****
09	Tem ou teve alguma das seguintes situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa, tumores (benigno ou maligno), doença do sangue ou auto-imune? Em caso afirmativo, favor informar qual, diagnóstico e tratamento adotado.					*****	*****
10	Tem ou teve alguma doença ou disfunção do trato gastrointestinal, na próstata, bexiga ou nos rins (inclusive insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodialise ou tumor renal)? Em caso afirmativo especifique o problema e tratamento adotado.					*****	*****
11	Submeteu-se ou tem indicação para algum transplante? Especifique.					*****	*****
12	Tem ou teve algum problema pulmonar ou doença psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento)? Em caso afirmativo, favor informar qual e o tratamento e medicação adotados.					*****	*****
13	Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual e tratamento adotado.					*****	*****
14	Possui outro(s) seguro(s) de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data e/ou teve alguma proposta recusada ou pendente de aceitação? Em caso afirmativo, especifique.					*****	*****
15	Realizou exames específicos para detectar alguma doença nos últimos 5 anos, tais como: exames de sangue, de urina, raio X, angiografia, ressonância magnética, tomografia, pet CT ou qualquer outro exame de diagnóstico? Especifique o(s) tipo(s) de exame(s), data da realização e o(s) resultado(s)					*****	*****
16	Já foi sequestrado ou sofreu ameaças de sequestro ou de morte?					*****	*****
17	Seu salário é a sua única fonte de renda? Em caso negativo, qual(is) a(s) outra(s).					*****	*****
<b>Beneficiários</b>							
É livre a nomeação dos beneficiários na Proposta de Adesão e estes podem ser substituídos a qualquer tempo. Para proceder a substituição, é necessário o preenchimento de formulário específico que se encontra a disposição junto ao estipulante. Na falta de indicação de beneficiários, não prevalecendo ou sendo nula a indicação efetuada, estes serão designados de acordo com a legislação em vigor. Não havendo beneficiários legais, serão beneficiários aqueles que provarem que a morte do segurado lhes privou de meios de subsistência.							
Item	X	Nome do Beneficiário		Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Percentual	
01	X			X	X	X	
02	X			X	X	X	
03	X			X	X	X	
04	X			X	X	X	
A soma dos percentuais não pode ultrapassar 100%. Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito.							
Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas nesta proposta 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 do prêmio, perderá o 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 de sinistro.							
Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser 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.							
Pelo 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 Gerais, 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			
				X			
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		2ª Testemunha		Visto do Estipulante	
Nome do Corretor				Código do Corretor SUSEP			



# PROPOSTA DO ASSOCIADO

ASSISTENCIAL  CONTRIBUINTE

## DADOS DO ASSOCIADO

Nome: x			
Matricula/Siape: x	Data de Nascimento: x / /	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
C.P.F. x	R.G.	Estado Civil:	
Endereço Comercial:			
Bairro:	Cidade:	CEP:	UF:
Endereço Residencial: x			
Bairro: x	Cidade: x	CEP: x	UF:
Fone Comercial: x	Fone Residencial: x	Fone Celular: x	
Órgão Averbador:		Mês da 1ª Averbação:	
Nome da mãe Associado Titular		E-mail:	

## ASSOCIADOS FAMILIARES / BENEFICIÁRIOS

Nome	Data de Nascimento	Parentesco	Percentual
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

## BENEFÍCIOS ADQUIRIDOS

Declaro ter interesse em aderir aos benefícios abaixo relacionado(s), cujo os valores constam na mensalidade do Associado.

BENEFÍCIOS OPCIONAIS	PLANO	MENSALIDADE
BENEFÍCIO DE PESSOA COM INDENIZAÇÃO AOS BENEFICIÁRIOS	SUL AMÉRICA VIDA	
BENEFÍCIO PREVIDÊNCIA PRIVADA		
BENEFÍCIO ASSISTÊNCIA MÉDICA / HOSPITALAR		
BENEFÍCIO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA		
OUTRAS		
<b>MENSALIDADE TOTAL</b>		

Autorizo(a) a descontar do meu salário a importância de R\$ \_\_\_\_\_ relativo a minha mensalidade como Associado consignando em Folha de Pagamento através da Rúbrica \_\_\_\_\_.  
Caso o Associado(a)/Titular não tenha margem consignável em folha de Pagamento referente ao novo desconto, fica a referida Entidade autorizada a proceder o débito em conta Corrente da diferença do valor não averbado em Folha de Pagamento todo dia \_\_\_\_\_.

Banco x <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Caixa <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/>	Agência x	Conta Corrente x
--	--------------	---------------------

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

x

ASSINATURA DO ASSOCIADO/TITULAR

ASSINATURA DO AGENC. AUTÔNOMO/CORR. OFIC.