

OPÇÃO DE RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS:

VIA INTERNET  VIA CORREIO

APÓLICE VG/APC	ITEM (CERTIFICADO)	GRUPO/COTA	INÍCIO VIGÊNCIA	ESTIPULANTE
----------------	--------------------	------------	-----------------	-------------

**É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS CADASTRAIS**

PROponente Principal	NOME DO PROPONENTE			SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO
	ESTADO CIVIL	R.G./R.N.E / DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	PROFISSÃO
	RENDIMENTO	ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PAÍS DE ORIGEM	RESIDENTE NO BRASIL* <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE* <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO
	SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, NOME DA PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE*			CPF DA PEP*	GRAU DE RELACIONAMENTO DA PEP*
	ENDEREÇO RESIDENCIAL			CEP	CIDADE UF
	E-MAIL			TELEFONE	

CAPITAIS BÁSICOS SEGURADOS INICIAIS - EM REAIS							
PLANO	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INV. PERM. ACIDENTE	ANTECIPAÇÃO ESP. DOENÇA	DMH	DIT/RIT	PRÊMIO

Suplementar Cônjuge	NOME			DATA DE NASCIMENTO	CPF
	CAPITAIS BÁSICOS SEGURADOS INICIAIS - EM REAIS (NÃO PODERÁ SER SUPERIOR A 100% DO CAPITAL SEGURADO DO PROPONENTE PRINCIPAL).				
MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DMH	PRÊMIO CONJUGE	PRÊMIO CONJUGE + PRINCIPAL

- OBS 1.** Nos casos em que o prêmio for descontado em folha, a cobertura do seguro vigorará a partir do período mensal da vigência da(s) Apólices(s) que se seguir ao desconto do primeiro prêmio na folha de pagamento do empregador.
- OBS 2.** Caso haja alterações no estado civil e, conseqüentemente, do cônjuge, a seguradora deverá ser informada, sob pena de perda do direito à indenização pela Garantia Adicional de cônjuge. Qualquer alteração do cônjuge, dependerá do preenchimento de nova proposta para nova identificação. A manutenção da Garantia Adicional de cônjuge estará condicionada aos critérios de subscrição da seguradora.

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS), FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES ABAIXO.

**PREENCHER SOMENTE QUANDO CONTRATADA AS COBERTURAS DE RISCO  
DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho**

Quando a resposta das questões abaixo forem afirmativas, será necessário informar detalhes no campo específico, situado ao término das questões.

ITEM	DESCRIÇÃO
1	IDADE ____ : PESO ____ ALTURA ____
2	SE APOSENTADO(A) ASSINALE O MOTIVO <input type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> IDADE <input type="checkbox"/> POR INVALIDEZ (ESPECIFICAR):
3	<input type="checkbox"/> É FUMANTE <input type="checkbox"/> EX-FUMANTE (HÁ QUANTO TEMPO)? _____ <input type="checkbox"/> NUNCA FUMOU
4	QUEM IRÁ CUSTEAR O SEGURO? <input type="checkbox"/> PROPONENTE <input type="checkbox"/> ESTIPULANTE

**PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO NAS COLUNAS.**

		PRIN- CIPAL	CÔN- JUGE
5	SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL É E HÁ QUANTO TEMPO?.		
6	ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA.		
7	SOFRE DE HIPERTENSÃO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR O(S) MEDICAMENTO(S) QUE FAZ USO.		
8	SOFRE DE DIABETES? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA DE QUAL TIPO E SE FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO / TRATAMENTO(ESPECIFICAR).		
9	JÁ REALIZOU EXAMES QUE TENHAM APRESENTADO RESULTADOS <b>ALTERADOS</b> , TAIS COMO RESSÔNANCIA MAGNÉTICA, RX, TOMOGRAFIA, BIÓPSIA, ULTRASSONOGRRAFIA, ENDOSCOPIA, EXAMES DE SANGUE OU QUALQUER OUTRO? <b>EM CASO AFIRMATIVO, ANEXAR OS RESULTADOS DOS EXAMES.</b>		
10	JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR? CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA, MOTIVO E TRATAMENTO REALIZADO.		
11	POSSUI OU JÁ POSSUIU ALGUM TIPO DE CÂNCER? EM CASO AFIRMATIVO ESCLARECER O TIPO E QUAL O TRATAMENTO		
12	JÁ FEZ TRATAMENTO, RECEBEU MEDICAÇÃO OU ESTEVE INTERNADO PELO USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLARECER O TRATAMENTO.		
13	FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM MEDICAMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, CITAR QUAL E HÁ QUANTO TEMPO.		
14	TEM OU TEVE ALGUMA DOENÇA OFTALMOLÓGICA COMO CATARATA, GLAUCOMA, DESCOLAMENTO DE RETINA, CERATOCONE OU OUTRAS? EM CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE.		
15	APRESENTA MIOPIA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA SUPERIOR A 8 GRAUS ? EM CASO AFIRMATIVO ESCLARECER O GRAU E ENVIAR RELATORIO MÉDICO OFTALMOLÓGICO COM ACUIDADE VISUAL BILATERAL CORRIGIDA.		
16	É PORTADOR DE REDUÇÃO FUNCIONAL OU POSSUI LIMITAÇÃO DE ALGUM MEMBRO? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR O PERCENTUAL DE REDUÇÃO, LIMITAÇÃO E OU SEQUELAS. EM CASO DE PERDA AUDITIVA, ENVIAR A ÚLTIMA AUDIOMETRIA.		
17	JÁ RECEBEU ALGUM TIPO DE INDENIZAÇÃO POR SOCIEDADE SEGURADORA? QUANDO ? <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS		
18	JÁ RECEBEU INDENIZAÇÃO COMO BENEFICIÁRIO EM OUTRO SEGURO DE VIDA? EM CASO AFIRMATIVO ESCLAREÇA.		
19	ESTA É A SUA PRIMEIRA CONTRATAÇÃO DE UM SEGURO DE VIDA? EM CASO NEGATIVO, INFORMAR O NOME DA SEGURADORA E O VALOR DA COBERTURA QUE POSSUI.		
20	PRÁTICA HABITUALMENTE DE FORMA AMADORA OU PROFISSIONAL, ALGUM TIPO DE ESPORTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O TIPO DE ESPORTE, FREQUÊNCIA E A FORMA (AMADOR OU PROFISSIONAL).		
21	É TRIPULANTE AMADOR OU EXERCE ALGUMA ATIVIDADE EM QUALQUER TIPO DE AERONAVE? EM CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE.		

AUTENTICAÇÃO PROTOCOLO ELETRÔNICO

ITEM ESPECIFIQUE (NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC).

**ATENÇÃO: O PROPONENTE DEVERÁ ASSINAR O VERSO DA PROPOSTA NAS DUAS VIAS.**

**É obrigatório o preenchimento do campo "local e data de preenchimento" pelo proponente e/ou seu representante legal, caso contrário, para efeito de preenchimento do referido campo, será acatada como data de preenchimento a data do protocolo na Seguradora.**

**CLÁUSULA BENEFICIÁRIA (COMPLEMENTO)**

1	NOME	DATA DE NASCIMENTO	CPF	PARENTESCO	%
2	NOME	DATA DE NASCIMENTO	CPF	PARENTESCO	%
3	NOME	DATA DE NASCIMENTO	CPF	PARENTESCO	%
4	NOME	DATA DE NASCIMENTO	CPF	PARENTESCO	%

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS), FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES ABAIXO.

**\*Pessoa Exposta Politicamente**

Pessoa que ocupa ou ocupou, nos últimos 5 anos, cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior. O proponente pode não ser pessoa exposta politicamente, mas possuir RELACIONAMENTO PRÓXIMO onde são considerados parentes, sócios, representantes ou quaisquer outras pessoas que se relacionem com alguma pessoa exposta politicamente.

**\*Estrangeiros não residentes no Brasil**

A Susep, por meio da Circular 380/2008, exige que as seguradoras identifiquem clientes estrangeiros que mantenham negócios no país, mas não sejam residentes.

**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

"Declaro, para todos os fins, que tenho ciência e concordo integralmente com os Termos das Condições Gerais ora apresentadas, bem como com as Condições Particulares e Especiais que eventualmente façam parte integrante do seguro que estou contratando, tendo pleno conhecimento de todos os seus riscos excluídos, sobretudo das exclusões pertinentes à Cobertura de Diária por Incapacidade Temporária / Renda de Incapacidade Temporária, quando contratada, classificadas como: lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT); tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas; estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais; hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico; todas as doenças ou transtornos mentais; síndrome do pânico; gravidez e suas consequências; abortos provocados ou não e suas consequências; anomalias congênitas com manifestação em qualquer época, **além das demais exclusões mencionadas nas Condições Gerais e Especiais.**

Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei direito à indenização decorrente do contrato de seguro e ainda pagarei pelos prêmios vencidos, caso tenha ocorrido omissão de informações que possam ter influenciado na aceitação da proposta, valor do capital e/ou diária/renda ou na taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente também de que no momento do eventual sinistro, a Seguradora poderá solicitar a comprovação da diária/renda informada neste documento.

Autorizo neste ato ao referido Estipulante, a incluir meu nome na apólice de Vida e/ou Acidentes Pessoais garantida pela Porto Seguro Cia de Seguros Gerais, situada à Av. Rio Branco, 1489, C.N.P.J. 61.198.164/0001-60.

Fica ressalvado que os poderes de mandato ora outorgados ao referido Estipulante, incluem o de cancelar o seguro aqui proposto.

Estou ciente de que não haverá cobertura para eventos e doenças preexistentes à contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Autorizo a verificação dos documentos médicos referentes a meu tratamento em hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios e/ou qualquer outra entidade médica". Outorgo ao Estipulante, por meio do presente, poderes para que ele renove expressamente, quando necessário, e em meu nome, a apólice na qual estou sendo incluso como segurado.**

Conforme estabelece o artigo 10, II, "e" da Circular Susep 380 de 29 de dezembro de 2008, o proponente pessoa jurídica deve informar à seguradora os nomes dos controladores até o nível de pessoa física, dos principais administradores e procuradores. Essas informações devem ser prestadas em formulário anexo.

**Na qualidade de representante legal da pessoa jurídica proponente, garanto a veracidade e completude dos dados fornecidos, nos termos do artigo 766 do Código Civil.**

**Autorizo a Porto Seguro Vida e Previdência S/A, a transmitir ao corretor identificado nesta proposta, todas as informações cadastrais financeiras, inclusive saldo, relativas ao plano ora contratado.**  Sim  Não

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (1)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (2)

**IMPORTANTE:** Em caso de Proponente não alfabetizado, além da assinatura a rogo, pede-se a assinatura de duas testemunhas. Para menores de 18 anos é necessário a assinatura do responsável legal e do próprio proponente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

AGENCIADOR	FONE	NOME DA CORRETORA	Nº SUSEP	E-MAIL
------------	------	-------------------	----------	--------

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](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 a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

**"A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco."**

Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades) - SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Site: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)