

Tipo de Movimentação:	<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Elevação de Capital	<input type="checkbox"/> Redução de Capital	<input type="checkbox"/> Alteração de Beneficiários
	<input type="checkbox"/> Anuência com Novas Condições de Cobertura	<input type="checkbox"/> Anuência com Novas Condições de Taxação		

Estipulante:	N.º Apólice	N.º Subestipulante	Vigência Pretendida De	Até
--------------	-------------	--------------------	------------------------	-----

**INFORMAÇÕES DO PROPONENTE**

Proponente Principal	Matrícula
----------------------	-----------

Tipo de Vínculo entre Estipulante e Segurados	<input type="checkbox"/> Estagiários	Salário
<input type="checkbox"/> Empregatício <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços <input type="checkbox"/> Associativo/Sindical <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Exclusivamente Securitário		

CPF	Identidade	Órgão Exp.	Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Profissão/Função
-----	------------	------------	-----------------	--	--------------	------------------

Endereço Residencial	Número	Complemento
----------------------	--------	-------------

Bairro	Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone
--------	--------	----	-----	----------------

Indique o nome do Cônjuge/Companheiro(a) caso deseje incluí-lo(a) no seguro

CPF	Identidade	Órgão Exp.	Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Profissão/Função
-----	------------	------------	-----------------	--	--------------	------------------

**LINHA DE PRODUTOS DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS**

Coberturas	Capital do Principal	Capital do Cônjuge	Capital de Filhos	Prêmios por Cobertura
Morte Por Qualquer Causa (Cobertura Básica de Vida)				
IEA - Indenização Especial por Morte Acidental				
IPA - Invalidez Permanente por Acidente				
IFPTD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença				
ADT - Adiantamento de Indenização por Doença em "Estado Terminal"				
IIT - Indenização Especial Por Incapacidade Temporária				
Acerto Rescisório				
Auxílio Financeiro				
Auxílio Funeral				
MA - Morte Acidental (Cobertura Básica de Acidentes Pessoais)				
IPA - Invalidez Permanente por Acidente				
DMH - Despesas Médicas e Hospitalares (em caso de acidentes)				
DIT - Diária de Incapacidade Temporária				
<b>Soma Total dos Prêmios Comerciais com Impostos</b>				

**LINHA DE PRODUTOS PÓS-VIDA**

<input type="checkbox"/> Pós-Vida Cesta de Alimentos	<input type="checkbox"/> Básica	<input type="checkbox"/> Especial	<input type="checkbox"/> Pós-Vida Assistência Funeral	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Luxo	<input type="checkbox"/> Luxo Especial	
				<input type="checkbox"/> Super Luxo	<input type="checkbox"/> Super Luxo Especial	<input type="checkbox"/> Nobre	<input type="checkbox"/> VIP	<input type="checkbox"/> Judaico

**Coberturas Adicionais de Pós-Vida Assistência Funeral**

<input type="checkbox"/> Anúncio em Rádio ou Jornal – Capital R\$	<input type="checkbox"/> Aquisição de Jazigo – Capital R\$	<input type="checkbox"/> Traslado para o Exterior – Capital R\$
---	--	---

**CRITÉRIOS DE CAPITAL**

<input type="checkbox"/> Múltiplo salarial	<input type="checkbox"/> Escalonado	<input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Livre Escolha	<input type="checkbox"/> Saldo Devedor Financiador	<input type="checkbox"/> Valor Total do Bem Total Financiador
--	-------------------------------------	--------------------------------	--	--	---

**CARÊNCIAS E FRANQUIA**

Carência (meses)	Franquia (dias/cobertura)
------------------	---------------------------

**INFORMAÇÕES SOBRE COBRANÇA**

Forma de Pagamento do Prêmio	Forma de Cobrança dos Prêmios	Reversão de Excedentes Técnicos
<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Quadrimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Desconto em Folha de Pagamento <input type="checkbox"/> Débito em Conta-Corrente <input type="checkbox"/> Carnê Individual de Cobrança	(%)

**Dados para Débito em Conta-Corrente**

Nome do Banco	Número do Banco	Agência	Número da Conta-Corrente	(%)	R\$
---------------	-----------------	---------	--------------------------	-----	-----

**Administração**

Corretor	Código SUSEP
----------	--------------

**BENEFICIÁRIOS**

Nome	Grau de Parentesco*	Percentual (%)

\*Grau de parentesco: 1=Cônjuge; 2=Companheiro; 3= Filho(a) Enteadado(a); 4=Outros (especificar).

Situação:	<input type="checkbox"/> Em plena atividade de trabalho	<input type="checkbox"/> Aposentado por Idade	<input type="checkbox"/> Aposentado por Tempo de Serviço
	<input type="checkbox"/> Aposentado por Doença	<input type="checkbox"/> Afastado por Doença	<input type="checkbox"/> Afastado por Acidente

Proponente Principal	CPF	N.º Apólice	N.º Subestipulante
<b>DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE</b>			
<p>1. Declaro estar em perfeitas condições de saúde, bem como em plena capacidade/atividade de trabalho. 2. Não sou portador de quaisquer sintomas ou doença que tenha me obrigado a consultar médicos, realizar exames, sofrer acompanhamento médico ou hospitalizar-me. 3. Nunca fui submetido a controle clínico/tratamento médico, incluindo cirurgias. 4. Não sou portador de deficiência/mal funcionamento de órgão/parte do organismo. 5. Não faço uso regular de medicamentos, com ou sem prescrição médica. 6. Nunca fui submetido a terapia médica seriada como quimioterapia, radioterapia ou outros procedimentos que exigissem controles médicos prolongados. 7. Não pratico esportes violentos ou de risco voluntário, exemplificativa mas não exclusivamente, tipo: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas marciais, competições automobilísticas e motociclísticas, nem exerço atividades amadoras a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres/perigosos. 8. Nunca recebi indenização por acidente e/ou doença por qualquer Seguradora, tão pouco tive proposta de seguro de vida recusada ou aceita com ressalva por alguma seguradora. 9. Não possuo atualmente outros Seguros de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor.</p> <p><b>Caso essas declarações não correspondam a sua realidade e/ou a de seu cônjuge, se incluído no seguro, é indispensável a especificação detalhada nas linhas a seguir:</b></p>			
<hr/> <hr/>			

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AUTORIZAÇÃO DO PROPONENTE</b>	
<p><b>CAPITAL SEGURADO</b> – Os capitais segurados referentes a esta Proposta de Adesão Individual, bem como seus reajustamentos, regem-se pelos termos, cláusulas e condições das apólices de Seguros de Pessoas a que esta se refere, e das quais faz parte integrante. Esses capitais ou coberturas contratados não poderão ser, de forma alguma, cedidos ou onerados, e a sua validade se subordina ao pagamento regular dos prêmios (custos do seguro) que lhes correspondem, em caso de custeio contributivo (quando os Segurados pagam os prêmios), na forma de pagamento escolhida no verso desta Proposta de Adesão. Todos os valores expressos nesta Proposta de Adesão Individual estão expressos em reais.</p> <p><b>REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS</b> – Os Segurados pertencentes a apólices regidas pelo critério de taxa única terão seus prêmios revistos em prazo e parâmetros estipulados na apólice, mediante prévio acordo entre Segurador e Estipulante, conforme condições apresentadas no ato da contratação do presente seguro e reproduzida na Apólice. <b>Os proponentes cujas apólices sejam regidas pelo critério de taxa única devem ratificar sua concordância com esta forma de taxação, e, conseqüente, de reajuste periódico, assinando a Proposta de Adesão ao final do presente documento.</b></p> <p>Os Segurados pertencentes a apólices regidas pelo critério de taxação por faixa etária que mudarem de faixa na data de seus aniversários terão seus prêmios automaticamente reenquadrados à nova taxa da faixa etária imediatamente posterior, conforme tabela de adesão apresentada no ato da contratação do presente seguro e reproduzida na apólice. Os Segurados que ultrapassarem a idade-limite estabelecida na tabela e permanecerem na apólice terão seus prêmios reajustados, anualmente, por ocasião de seus aniversários, em percentual também estabelecido na tabela de adesão e constante da apólice. <b>Os proponentes cujas apólices sejam regidas pelo critério de taxação por faixas etárias devem ratificar sua concordância com esta forma de taxação, e conseqüente de reajuste automático, assinando a Proposta de Adesão ao final do presente documento.</b></p> <p><b>BENEFICIÁRIOS</b> – Os Beneficiários do Seguro Principal serão designados livremente pelo mesmo, observadas as restrições do Código Civil Brasileiro. Em qualquer tempo os Beneficiários poderão ser modificados pelo Segurado Principal, indicação esta que prevalecerá sobre as anteriores. Para alterar seus Beneficiários, deverá o Segurado Principal apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante e/ou seu corretor de seguros, o respectivo pedido por escrito mediante de formulário apropriado, datado e assinado de próprio punho. O Beneficiário do seguro do cônjuge ou de filhos/enteados, se incluídos no seguro por meio de cláusulas suplementares, será sempre o Segurado Principal, em caso de sinistro por morte. Inexistindo a indicação de Beneficiários por parte do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do capital segurado será efetuado conforme legislação em vigor, estabelecida no Código Civil Vigente.</p> <p>Nos Seguros de Vida em Grupo para Operações de Crédito o primeiro Beneficiário é o Estipulante, que receberá o capital segurado, respeitado o valor contratado, até o limite da dívida contraída pelo Segurado, e dará quitação ao bem ou financiamento adquirido. Eventual saldo remanescente será pago aos Beneficiários indicados pelo Segurado ou aos seus beneficiários legais.</p> <p><b>INCIDENTES SUSCETÍVEIS DE AGRAVAR O RISCO COBERTO</b> – A mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. <b>A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado cônjuge, quando este for incluído no seguro.</b></p> <p><b>INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA</b> – O artigo 9º da Circular SUSEP 302/05 veda o oferecimento da Cobertura de IPD (Invalidez Permanente Total por Doença), nos moldes até então praticados, conforme a seguir transcrito: <b>“Art. 9º. É vedado o oferecimento de cobertura em que o pagamento da indenização esteja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo Segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.”</b></p> <p><b>Para os contratos que contemplem esta cobertura, o que está ratificado na apólice, é obrigatória a substituição da antiga cobertura de IPD por cláusula regida por novo conceito. A alternativa que ofertamos é a substituição da Cláusula de IPD pela Cláusula de IFPTD (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença), de acordo com nossa política técnica e conforme nos faculta o art. 17 da Circular SUSEP 302/05, que a seguir transcrevemos: <b>“Art. 17. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do Segurado”.</b> Os proponentes cujas apólices contemplem a cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença devem ratificar sua concordância com a substituição desta cobertura pela Cláusula de IFPTD (Invalidez Funcional Permanente Total por Doença), assinando a Proposta de Adesão ao final do presente documento.</b></p> <p><b>VIGÊNCIA</b> – Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e/ou Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.</p> <p><b>RISCOS EXCLUÍDOS</b> – Estas são informações resumidas. Os seguros referentes a esta Proposta de Adesão Individual são regidos por condições contratuais próprias, especificadas na apólice mestra, que descrevem detalhadamente riscos cobertos e excluídos, e que prevalecem sempre para definir direitos e obrigações entre Segurado e Seguradora, estando outras vias à sua inteira disposição junto ao Estipulante e corretor de seguros. A cláusula de Inclusão Automática de Cônjuges não se aplica quando ambos os cônjuges fizerem parte do mesmo grupo segurado. Quando ambos os pais forem componentes do mesmo grupo, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior capital segurado, sendo este o Segurado Principal para efeito desta cláusula.</p> <p><b>MULTA E MORA EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS</b> – Em caso de atraso no pagamento dos prêmios, os valores relativos às obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato serão acrescidos de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto da fatura, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação.</p> <p><b>INFORMAÇÕES OBRIGATORIAS</b> – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site <a href="http://www.susep.gov.br">www.susep.gov.br</a>, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.</p> <p><b>DECLARAÇÃO DE VONTADES E AUTORIZAÇÃO DO PROPONENTE</b> – Pela presente solicito e autorizo a inclusão de meu nome nas apólices de Seguro de Pessoas, contratadas com a GENERALI DO BRASIL – Companhia Nacional de Seguros, pelo Estipulante anteriormente mencionado, a quem concedo o direito de representar-me perante a Seguradora e agir em meu nome, no cumprimento de todas as cláusulas das Condições Gerais, Adicionais, Especiais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes aos contratos ser encaminhados ao respectivo Estipulante, e autorizo a cobrar, em caso de custeio contributivo, na forma por mim escolhida e constante no verso desta Proposta de Adesão Individual, a importância relativa à minha contribuição para o seguro contratado com a GENERALI DO BRASIL – Companhia Nacional de Seguros, conforme os valores a que tiver direito, agora ou no futuro, por força da escala de quantias seguradas em vigor e de acordo com as demais condições da respectiva apólice.</p> <p><b>Autorizo ainda meu(s) médico(s) assistente(s), hospitais, clínicas e laboratórios ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestarem em meu nome e por meu(s) Beneficiário(s), sem ressalvas restritivas, informações referentes à minha saúde ou moléstias por mim sofridas, exames e tratamentos realizados ou prescritos, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.</b></p> <p>Aceito que todas as declarações ora prestadas façam parte integrante do contrato de seguro com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e defesa de seus direitos.</p> <p>Declaro, outrossim, que tomei conhecimento de todas as cláusulas e condições que regerão o seguro ora proposto, estando ciente de que outras vias de tais cláusulas encontram-se ao meu alcance e disposição junto ao Estipulante e/ou corretor deste seguro.</p> <p><b>Entendi e respondi conscientemente os quesitos ora formulados, assumindo inteira responsabilidade pela veracidade das respostas apresentadas. Prestei declarações verdadeiras e nada omiti em relação ao meu estado de saúde e atividades e/ou de meu cônjuge, se incluído no seguro, ciente estando de que, de acordo com o art. 766 do Novo Código Civil Brasileiro: “Se o segurado, por si ou 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. Parágrafo único: Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmio”.</b></p> <p><b>AVISO IMPORTANTE: Não assine sem verificar a exatidão dos dados e respostas escritas nesta Proposta de Adesão Individual.</b></p>	
Local e data	Assinatura do Proponente

VG-065 (06/06)

ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS RASURADOS.

Seguro Vida em Grupo - Processo SUSEP n.º 15414.001896/97-92; Seguro APC - Processo SUSEP n.º 15414.001930/97-29; Seguro Pós-Vida - Processo SUSEP n.º 15414.001928/97-87; Seguro Vida em Grupo para Operações de Crédito - Processo SUSEP n.º 15414.001898/97-18; Seguro Vida em Grupo Educacional - Processo SUSEP n.º 15414.001929-97-40; Seguro APC Escolar - Processo SUSEP n.º 15414.001897/97-55; Seguro Mulher - Processo SUSEP n.º 10-014998/2004.