

**PROPOSTA DE ADESÃO / ALTERAÇÃO VIDA EM GRUPO
E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO TOKIO MARINE**

Alteração Inclusão

Deve ser preenchido, obrigatoriamente, de próprio punho pelo Segurado/Proponente

Dados do Estipulante

Ramo <input type="checkbox"/> VG <input type="checkbox"/> APC	Apólice nº	Estipulante	Cód. Estipulante
Sub Estipulante		Cód. Sub Estipulante	Certificado Início Vigência

Dados do Proponente

Nome			
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	CPF
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD / Telefone /	DDD / Celular /	E-mail	
Profissão	Data de Admissão	Salário R\$	Matrícula/Registro

Dados do Cônjuge (somente se contratado)

Nome	Data de Nascimento	CPF
------	--------------------	-----

Capital Contratado

PRINCIPAL		CÔNJUGE (somente se contratado)	
Seguro de Vida em Grupo		Seguro de Vida em Grupo	
Morte (básica) R\$	Prêmio R\$	Morte (básica) R\$	Prêmio R\$
Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo		Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo	
Garantia básica R\$	Prêmio R\$	Garantia básica R\$	Prêmio R\$

Coberturas Contratadas

As coberturas estão previstas no contrato de seguros em poder do Estipulante da apólice.

Beneficiários do Segurado Principal

Nome	Data Nascimento	Parentesco	% (*)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

(*) O somatório dos percentuais não poderá ser superior a 100%

Local	Data	Assinatura do Proponente
-------	------	--------------------------

Declaração Pessoal de Saúde

1) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Sim Não - neste caso, informe o motivo:

Principal

Cônjuge

2) Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades de trabalho? Não Sim - neste caso, especifique:

Principal

Cônjuge

3) Já foi submetido a tratamento clínico ou cirúrgico (inclusive com a realização de biópsia)?

Não Sim - neste caso, especifique:

Principal

Cônjuge

4) Já foi submetido à quimioterapia, radioterapia ou outros tratamentos específicos por tempo prolongado? Não Sim - neste caso, especifique:

Principal

Cônjuge

5) Peso e altura

Principal - Peso = kg Altura = m

Cônjuge - Peso = kg Altura = m

6) Faz uso habitual de medicamentos? Não Sim - informe qual(is), motivo do uso e se há prescrição médica:

Principal

Cônjuge

7) Tem deficiência em órgãos, membros ou sentidos? Não Sim - neste caso, especifique:

Principal

Cônjuge

8) É fumante? Não Sim - neste caso, especificar frequência e quantidade:

Principal

Cônjuge

9) Fez ou faz uso de bebidas alcoólicas? Não Sim - neste caso, especifique frequência e quantidade:

Principal

Cônjuge

Declaração

Declaro que recebi e tomei ciência das Condições Contratuais deste Seguro.

- Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome e meu cônjuge, se indicado nesta proposta, na(s) apólice(s) de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, contratado 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 todas as comunicações ou avisos inerentes ao(s) contrato(s) serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgadas. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o(s) aqui proposto(s) no decorrer de sua vigência e nem de reduzir a minha importância segurada, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora. Tenho conhecimento de que, se renovado o seguro, o custo é passível de ajuste quando adotado plano de taxa por idade ou faixa etária e houver critério para reenquadramento convencionado entre Estipulante e Seguradora.

- Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou do meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verdadeiras. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) e ser(em) celebrado(s) com a Seguradora, ficando a mesma(s) 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.

- Declaro, ainda, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e completas e estou ciente que, de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiverem sido omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito à garantia contratada, além de ficar obrigado a pagar o prêmio vencido.

- A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

- O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguro no site 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 devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Local

Data

Assinatura do Proponente