

PROPOSTA DE ADESÃO – SEGURO DE PESSOAS

DADOS CADASTRAIS

Estipulante:		CNPJ:	
Apólice:	Início de Vigência:	Fim de Vigência:	
Sub-Estipulante:		CNPJ:	
Proponente:		CPF:	
Sexo: () Masculino () Feminino	Ocupação:	Salário Base – R\$:	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outros		Data de Nascimento:	
Endereço:		Nº:	Complemento:
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Telefone/Celular:	E-mail:	
Data de Admissão:		Prêmio Mensal Individual:	
Tipo de Capital Segurado: <input type="checkbox"/> Livre Escolha <input type="checkbox"/> Múltiplo Salarial <input type="checkbox"/> Diferenciado <input type="checkbox"/> Uniforme			
Forma de Adesão: <input type="checkbox"/> Compulsória <input type="checkbox"/> Facultativa		Forma de Custeio: <input type="checkbox"/> Não Contributário <input type="checkbox"/> Contributário	

COBERTURAS E CAPITAIS

Segurado	MORTE	MA	IPA	IFPD
Titular	R\$	R\$	R\$	R\$
Cônjuge	R\$	R\$	R\$	
Filhos	R\$			

Em caso de Morte por Causas exclusivamente acidentais, **os Capitais de Morte e MA SE ACUMULAM.**

SERVIÇOS

Assistência Funeral Individual	Limitado Até R\$
Assistência Funeral Familiar	Limitado Até R\$
Cesta Básica	_____ cestas no valor de R\$
Assistência Viagem Nacional	<input type="checkbox"/> Contratado
Assistência Viagem Internacional	<input type="checkbox"/> Contratado

DEFINIÇÕES

*MA: Morte Acidental *IPA: Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

*IFPD: Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

BENEFICIÁRIO(S)

Nome	Data de Nascimento	Parentesco	% Participação

Na falta de indicação ou se esta não prevalecer a indenização será paga em conformidade com a legislação em vigor.

Local: X	Data: X	Assinatura do Proponente: X
-------------	------------	--------------------------------

Proponente: _____ CPF: _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Questões: (respostas deverão ser de próprio punho e por extenso “sim” ou “não” em caso de resposta afirmativa, especifique se necessário).	Resposta
1- Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho e perfeitas condições de saúde? Em caso negativo indique o motivo. Especifique: _____	
2- Pratica algum tipo de esporte radical de forma profissional ou amadora como paraquedismo, voo livre, entre outros, ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de aeronaves de quaisquer características? Especifique: _____	
3- Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos, ou recebeu alguma indenização securitária por invalidez? Especifique o motivo, inclusive o grau da deficiência. Especifique: _____	
4 - Sofre ou sofreu alguma moléstia que tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a exames (inclusive biópsia) intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quando? Indique as moléstias, quais os tratamentos e resultados. Especifique: _____	
5- Já teve alguma proposta de seguro de vida, acidentes pessoais ou saúde recusada por qualquer seguradora? Existe proposta pendente de aceitação em alguma seguradora? Em caso afirmativo, indique a época e a seguradora. Especifique: _____	
6- Possui outro(s) seguro(s) de vida ou acidentes pessoais em vigor em alguma seguradora nesta data? Caso afirmativo, cite a(s) seguradora(s). Especifique: _____	

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente que concordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias ou prestado informação inexata que possam influir na aceitação desta proposta ou no valor do prêmio do seguro, perderei o direito a indenização em caso de sinistro, bem como estarei obrigado a pagar os prêmios vencidos. Declaro ainda ser ter prévio conhecimento na íntegra das Condições Gerais da Apólice de Seguro relativa a esta proposta de adesão.

Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte do contrato de seguro celebrado entre a ESTIPULANTE e a ACE SEGURADORA S.A., e desde já autorizo a ACE SEGURADORA S.A. a utilizar as informações contidas nesta proposta de adesão, em qualquer época e na defesa de seus direitos, sem implicação em ofensa ao sigilo profissional.

A ACE Seguradora S.A. terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta de adesão, contados da data de seu recebimento. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, suspenderá o prazo, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação devidamente protocolada.

Autorizo a empresa estipulante a debitar em minha conta corrente: Banco nº _____, agência nº _____, c/c nº _____ o prêmio mensal decorrente desta proposta, até que o notifique do contrário, por escrito.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Caso seu plano tenha reenquadramento etário, a regra estará disponível nas condições contratuais. As condições gerais do produto estão disponíveis no estipulante. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. O registro deste plano na SUSEP 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 www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Este seguro será por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução de prêmios pagos nos termos da apólice. ACE SEGURADORA S.A. – CNPJ 03.502.099/0001-18 - Processo SUSEP - 10.002766/00-19. Declaro estar ciente de que o não pagamento da parcela deste seguro implicará na suspensão automática do Direito às Coberturas estabelecidas neste Certificado Individual de acordo com o disposto na cláusula de pagamento do prêmio constante nas Condições Gerais deste seguro.

Local: X	Data: X	Assinatura do Proponente: X	
Dados do Corretor	Razão Social	Código SUSEP	Assinatura do Corretor

A Ouvidoria da ACE Seguradora S.A. opera como um canal direto entre você segurado e a ACE, com a finalidade de facilitar a comunicação na mediação de conflitos, de maneira prática e objetiva, no caso de não satisfação com outras formas de atendimento da ACE (SAC, Fale Conosco, Sinistros entre outros). Portanto, se você é segurado e não ficou satisfeito com as soluções apresentadas pelos serviços que tem à sua disposição, entre em contato com ouvidoria@acegroup.com ou ligue para 0800-722-5059 (horário de funcionamento das 8h45 as 17hs). Correspondências A/C Ouvidoria - Caixa Postal: 310, Agência 72300019, CEP: 01031-970.V04.14

A Ouvidoria da ACE Seguradora S.A. opera como um canal direto entre você segurado e a ACE, com a finalidade de facilitar a comunicação na mediação de conflitos, de maneira prática e objetiva, no caso de não satisfação com outras formas de atendimento da ACE (SAC, Fale Conosco, Sinistros entre outros). Portanto, se você é segurado e não ficou satisfeito com as soluções apresentadas pelos serviços que tem à sua disposição, entre em contato com ouvidoria@acegroup.com ou ligue para 0800-722-5059 (horário de funcionamento das 8h45 as 17hs). Correspondências A/C Ouvidoria - Caixa Postal: 310, Agência 72300019, CEP: 01031-970.v04.14

seguro com a

