

**PROPOSTA DE ADESÃO
SEGURO DE VIDA EM GRUPO COLETIVO**

SEGURO Nº DA PROPOSTA (Não preencher)

DADOS DA APÓLICE (Preenchimento da Seguradora)

Nº DA APÓLICE VG ESTIPULANTE Nº DO ESTIPULANTE Nº DO SUBESTIPULANTE

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

NOME COMPLETO SEXO MASCULINO FEMININO

DATA DE NASCIMENTO IDADE ESTADO CIVIL CPF TITULAR DEPENDENTE

NACIONALIDADE Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO NATUREZA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO¹ ORGÃO EXPEDIDOR DATA DE EXPEDIÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av. / Rua) NÚMERO COMPLEMENTO

BAIRRO CIDADE CEP UF TELEFONE PARA CONTATO

PROFISSÃO FUNÇÃO APOSENTADO SIM NÃO TEMPO DE SERVIÇO IDADE INVALIDEZ

CAUSA DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ RESIDENTE NO BRASIL? SIM NÃO AUTORIZA ENVIO DE E-MAIL?² SIM NÃO

E-MAIL

1 - NO CASO DE PROPONENTE ESTRANGEIRO O PASSAPORTE DEVE SER UTILIZADO COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO. 2 - O SEGURADO PODERÁ A QUALQUER MOMENTO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO À SEGURADORA, ALTERAR A OPÇÃO.

DADOS DO PLANO - PLANO FAMILIAR

CAPITAL SEGURADO - GARANTIA BÁSICA

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL R\$ PRÊMIO R\$

GARANTIAS

	GARANTIAS	TITULAR	CÔNJUGE
VIDA EM GRUPO (VG)	Morte	100%	100%
	Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)	100%	100%
	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	100%	100%
	Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100%	

	GARANTIAS/BENEFÍCIOS	TIPO DE PLANO	VALOR
BENEFÍCIOS ADICIONAIS	Sorteio	01 Sorteio Mensal	R\$ 10.000,00*

* ESTE VALOR É BRUTO DE IMPOSTOS E ESTÁ SUJEITO À TRIBUTAÇÃO COM BASE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA DA PREMIAÇÃO.

TABELA DE FATORES DE REAJUSTE

Os prêmios serão reajustados anualmente, no aniversário da apólice, de acordo com a tabela de fatores de reajuste abaixo:

Faixa etária	Reajuste anual
Até 50 anos (incl)	Não há
Entre 51 a 60 anos (incl)	10%
Entre 61 a 70 anos (incl)	12%
A partir de 71 anos	14%

FORMAS DE PAGAMENTO

DESCONTO EM FOLHA

MATRÍCULA FUNCIONAL DATA DE ADMISSÃO ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO³

3 - AUTORIZO O ESTIPULANTE A EFETUAR O DESCONTO MENSAL NO MEU SALÁRIO RELATIVO A MINHA PARTE NO PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DO SEGURO, CONSTANTE(S) NESTA PROPOSTA DE ADESÃO DE ACORDO COM O CONTRATO.

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)⁴ (A afinidade não deve ser caracterizada como "outros" - O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%)

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

4 - NA AUSÊNCIA DE DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL. PARA INDICAR BENEFICIÁRIOS ADICIONAIS, ANEXAR A ESTA PROPOSTA DE ADESÃO CARTA COM OS DADOS ACIMA.

LOCAL E DATA

CPF DO PROPONENTE

ASSINATURA DO PROPONENTE E/OU RESPONSÁVEL EM CASO DE PROPONENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE

APROVAÇÃO DA SEGURADORA

Conferida em:

Aprovada

Recusada

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Visto _____

Visto _____

ESPAÇO RESERVADO PARA REGISTRO DO RELÓGIO PROTOCOLO

A ICATU HARTFORD SEGUROS S/A TEM O PRAZO DE ATÉ 15 DIAS, CONTADOS DA DATA QUE VIER A SER REGISTRADA ACIMA PELO RELÓGIO PROTOCOLO, PARA MANIFESTAR-SE EM RELAÇÃO À RECUSA DESTA PROPOSTA. ESTE PRAZO SERÁ SUSPENSO QUANDO NECESSÁRIA A REQUISIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS OU DADOS PARA ANÁLISE DO RISCO. ESSA EVENTUAL SUSPENSÃO TERMINARÁ QUANDO FOREM PROTOCOLADOS TODOS OS DOCUMENTOS OU DADOS SOLICITADOS. CASO NÃO HAJA MANIFESTAÇÃO DE RECUSA DESTA PROPOSTA POR PARTE DA ICATU HARTFORD SEGUROS S/A NO PRAZO ANTES REFERIDO, A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DAR-SE-Á AUTOMATICAMENTE. NO CASO DE NÃO ACEITAÇÃO DA PROPOSTA, A ICATU HARTFORD SEGUROS S/A DEVOLVERÁ O VALOR DO PRÊMIO JÁ QUITADO, ATUALIZADO ATÉ A DATA DA EFETIVA RESTITUIÇÃO, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Nº DA PROPOSTA

PARA USO DO CORRETOR

NOME COMPLETO OU RAZÃO SOCIAL

CÓDIGO SUSEP

ASSINATURA DO CORRETOR

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.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO A PARTIR DE: 30/11/2008

Responder todas as perguntas com "sim" ou "não", por extenso, de próprio punho, justificando quando necessário.

	TITULAR	OBSERVAÇÃO
1. Encontra-se com algum problema de saúde?	SE SIM, QUAL(IS)?	
2. Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças gástricas ou intestinais, doenças do sangue, doenças neurológicas, doenças do fígado, doenças renais ou algum outro tipo de doença?	SE SIM, QUAL(IS)?	
3. Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia ou punção nos últimos cinco anos?	SE SIM, QUAL(IS)?	
4. Foi submetido(a) a qualquer outro tipo de internação hospitalar nos últimos cinco anos?	SE SIM, QUAL(IS) E O MOTIVO:	
5. É ou foi portador de doenças infecto-contagiosas e/ou sexualmente transmissíveis ?	SE SIM, QUAL(IS)?	
6. Sofre ou já sofreu de algum tipo de câncer?	SE SIM, QUAIS?	
7. Já foi submetida a tratamento quimioterápico, radioterápico ou de diálise?	SE SIM, ESPECIFIQUE QUAL E QUANDO:	
8. Faz uso diário ou habitual de medicamentos?	SE SIM, INFORME OS MEDICAMENTOS, SUAS DOSES E FREQUÊNCIA DO USO:	
9. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos?	SE SIM, QUAL(IS)?	
10. Fuma ou fumou nos últimos três anos?	SE SIM, INFORMAR A FREQUÊNCIA DO CONSUMO (DIÁRIO, SEMANAL,...) E QUANTIDADE.	
11. Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana?	SE SIM, INFORMAR O TIPO DE BEBIDA, A QUANTIDADE E A FREQUÊNCIA DO CONSUMO.	
12. Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador?	SE SIM, ESPECIFIQUE:	
13. É aposentado(a) por qualquer Órgão de previdência oficial?	SE SIM, QUAL E POR QUE MOTIVO?	
14. Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida e/ou acidentes pessoais?	SE SIM, CITE A SEGURADORA E O CAPITAL SEGURADO.	
15. Exerce alguma profissão ou atividade a bordo de aeronaves de linha aéreas não-comerciais?	SE SIM, ESPECIFIQUE.	

ASSINATURA DO PROPONENTE E/OU RESPONSÁVEL EM CASO DE PROPONENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Uma vez aprovada esta proposta pela Icatu Hartford Seguros S.A., declaro estar ciente e de acordo que:

1 - Aderindo ao seguro até 30/11/2008, a(s) cobertura(s) do(s) seguro(s) vigorará(ão) a partir das 24h do dia 30/11/2008. Se a adesão ao seguro ocorrer após 30/11/2008 a(s) cobertura(s) do(s) seguro(s) vigorará(ão) a partir das 24h da data de protocolo da proposta de adesão na seguradora.

2 - O não pagamento do prêmio do seguro na data de seu vencimento, constitui em mora o Segurado, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial. Caso o segurado não efetue o pagamento dos prêmios por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago, este será excluído da apólice. Se durante o período de tolerância (60 dias a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago), ocorrer um sinistro sem o respectivo pagamento do prêmio, este será descontado da indenização a ser paga ao(s) beneficiário(s).

3 - Qualquer valor creditado em favor da Icatu Hartford Seguros S.A., após a data do cancelamento deste seguro, não será acatado pela Seguradora, e a importância paga será devolvida ao segurado já excluído da apólice.

4 - Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento. Caso a Seguradora não tenha mais interesse em renovar a apólice, esta comunicará sua decisão ao Estipulante, mediante aviso prévio, de no mínimo, 60(sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice, sem devolução dos prêmios pagos.

Conforme estabelecido em contrato, anualmente no aniversário da apólice, os capitais segurados e prêmios serão atualizados monetariamente de acordo com a variação acumulada do IPCA nos últimos 12 (doze) meses, sempre observados os limites mínimos e máximos de capital segurado da apólice.

6 - O prêmio será reajustado anualmente, no aniversário da apólice, de acordo com a tabela de fatores de reajuste contida nesta proposta de adesão.

7 - Toda e qualquer correspondência emitida pela Icatu Hartford Seguros S.A. contendo documentos e/ou informações sobre este seguro, será remetida ao Corretor de Seguros e/ou ao Estipulante da apólice, devidamente lacrada, para posterior envio aos meus cuidados.

8 - Para os fins previstos nos arts. 774 e 801 do Código Civil, e com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP nº 107/2004, concedo ao Estipulante da apólice em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas e Condições Gerais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele, que, para tal fim fica investido dos poderes de representação. No entanto fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão direito a cancelar o seguro durante a vigência da apólice, nem a realizar qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução dos meus direitos, salvo se obtiver a anuência expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.

9 - A Icatu Hartford Seguros S/A está autorizada a buscar novos subsídios para a análise e verificação das informações aqui prestadas no momento da contratação do seguro ou na ocorrência de sinistro.

10 - As informações contidas nesta proposta são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas nas informações prestadas nesta proposta ocasionarão a perda do direito ou a resolução do contrato pela Seguradora, de acordo com os termos do art. 766 do Código Civil, podendo ainda, responder civil e criminalmente pelas informações inverídicas. **Declaro que tive prévio e expresso conhecimento dos termos das Condições Contratuais do plano escolhido.**

Esta Proposta de Adesão está vinculada ao contrato de seguro em poder do Estipulante.

LOCAL E DATA

CPF DO PROPONENTE

ASSINATURA DO PROPONENTE E/OU RESPONSÁVEL EM CASO DE PROPONENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE



**PROPOSTA DE ADESÃO
SEGURO DE VIDA EM GRUPO COLETIVO**

SEGURO Nº DA PROPOSTA (Não preencher)

DADOS DA APÓLICE (Preenchimento da Seguradora)

Nº DA APÓLICE VG ESTIPULANTE Nº DO ESTIPULANTE Nº DO SUBESTIPULANTE

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

NOME COMPLETO SEXO MASCULINO FEMININO

DATA DE NASCIMENTO IDADE ESTADO CIVIL CPF TITULAR DEPENDENTE

NACIONALIDADE Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO NATUREZA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO¹ ORGÃO EXPEDIDOR DATA DE EXPEDIÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av. / Rua) NÚMERO COMPLEMENTO

BAIRRO CIDADE CEP UF TELEFONE PARA CONTATO

PROFISSÃO FUNÇÃO APOSENTADO SIM NÃO TEMPO DE SERVIÇO IDADE INVALIDEZ

CAUSA DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ RESIDENTE NO BRASIL? SIM NÃO AUTORIZA ENVIO DE E-MAIL?² SIM NÃO

E-MAIL

1 - NO CASO DE PROPONENTE ESTRANGEIRO O PASSAPORTE DEVE SER UTILIZADO COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO. 2 - O SEGURADO PODERÁ A QUALQUER MOMENTO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO À SEGURADORA, ALTERAR A OPÇÃO.

DADOS DO PLANO - PLANO FAMILIAR

CAPITAL SEGURADO - GARANTIA BÁSICA

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL R\$ PRÊMIO R\$

GARANTIAS

	GARANTIAS	TITULAR	CÔNJUGE
VIDA EM GRUPO (VG)	Morte	100%	100%
	Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)	100%	100%
	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	100%	100%
	Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100%	

	GARANTIAS/BENEFÍCIOS	TIPO DE PLANO	VALOR
BENEFÍCIOS ADICIONAIS	Sorteio	01 Sorteio Mensal	R\$ 10.000,00*

* ESTE VALOR É BRUTO DE IMPOSTOS E ESTÁ SUJEITO À TRIBUTAÇÃO COM BASE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA DA PREMIAÇÃO.

TABELA DE FATORES DE REAJUSTE

Os prêmios serão reajustados anualmente, no aniversário da apólice, de acordo com a tabela de fatores de reajuste abaixo:

Faixa etária	Reajuste anual
Até 50 anos (incl)	Não há
Entre 51 a 60 anos (incl)	10%
Entre 61 a 70 anos (incl)	12%
A partir de 71 anos	14%

FORMAS DE PAGAMENTO

DESCONTO EM FOLHA

MATRÍCULA FUNCIONAL DATA DE ADMISSÃO ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO³

3 - AUTORIZO O ESTIPULANTE A EFETUAR O DESCONTO MENSAL NO MEU SALÁRIO RELATIVO A MINHA PARTE NO PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DO SEGURO, CONSTANTE(S) NESTA PROPOSTA DE ADESÃO DE ACORDO COM O CONTRATO.

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)⁴ (A afinidade não deve ser caracterizada como "outros" - O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%)

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

4 - NA AUSÊNCIA DE DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL. PARA INDICAR BENEFICIÁRIOS ADICIONAIS, ANEXAR A ESTA PROPOSTA DE ADESÃO CARTA COM OS DADOS ACIMA.

LOCAL E DATA

CPF DO PROPONENTE

ASSINATURA DO PROPONENTE E/OU RESPONSÁVEL EM CASO DE PROPONENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE

**PROPOSTA DE ADESÃO
SEGURO DE VIDA EM GRUPO COLETIVO**

SEGURO Nº DA PROPOSTA (Não preencher)

DADOS DA APÓLICE (Preenchimento da Seguradora)

Nº DA APÓLICE VG ESTIPULANTE Nº DO ESTIPULANTE Nº DO SUBESTIPULANTE

QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

NOME COMPLETO SEXO MASCULINO FEMININO

DATA DE NASCIMENTO IDADE ESTADO CIVIL CPF TITULAR DEPENDENTE

NACIONALIDADE Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO NATUREZA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO¹ ORGÃO EXPEDIDOR DATA DE EXPEDIÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av. / Rua) NÚMERO COMPLEMENTO

BAIRRO CIDADE CEP UF TELEFONE PARA CONTATO

PROFISSÃO FUNÇÃO APOSENTADO SIM NÃO MOTIVO TEMPO DE SERVIÇO IDADE INVALIDEZ

CAUSA DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ RESIDENTE NO BRASIL? SIM NÃO AUTORIZA ENVIO DE E-MAIL?² SIM NÃO

E-MAIL

1 - NO CASO DE PROPONENTE ESTRANGEIRO O PASSAPORTE DEVE SER UTILIZADO COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO. 2 - O SEGURADO PODERÁ A QUALQUER MOMENTO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO À SEGURADORA, ALTERAR A OPÇÃO.

DADOS DO PLANO - PLANO FAMILIAR

CAPITAL SEGURADO - GARANTIA BÁSICA

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL R\$ PRÊMIO R\$

GARANTIAS

	GARANTIAS	TITULAR	CÔNJUGE
VIDA EM GRUPO (VG)	Morte	100%	100%
	Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)	100%	100%
	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	100%	100%
	Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100%	

	GARANTIAS/BENEFÍCIOS	TIPO DE PLANO	VALOR
BENEFÍCIOS ADICIONAIS	Sorteio	01 Sorteio Mensal	R\$ 10.000,00*

* ESTE VALOR É BRUTO DE IMPOSTOS E ESTÁ SUJEITO À TRIBUTAÇÃO COM BASE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA DA PREMIAÇÃO.

TABELA DE FATORES DE REAJUSTE

Os prêmios serão reajustados anualmente, no aniversário da apólice, de acordo com a tabela de fatores de reajuste abaixo:

Faixa etária	Reajuste anual
Até 50 anos (incl)	Não há
Entre 51 a 60 anos (incl)	10%
Entre 61 a 70 anos (incl)	12%
A partir de 71 anos	14%

FORMAS DE PAGAMENTO

DESCONTO EM FOLHA

MATRÍCULA FUNCIONAL DATA DE ADMISSÃO ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO³

3 - AUTORIZO O ESTIPULANTE A EFETUAR O DESCONTO MENSAL NO MEU SALÁRIO RELATIVO A MINHA PARTE NO PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DO SEGURO, CONSTANTE(S) NESTA PROPOSTA DE ADESÃO DE ACORDO COM O CONTRATO.

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)⁴ (A afinidade não deve ser caracterizada como "outros" - O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%)

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

NOME COMPLETO AFINIDADE PARTICIPAÇÃO %

4 - NA AUSÊNCIA DE DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO APLICÁVEL. PARA INDICAR BENEFICIÁRIOS ADICIONAIS, ANEXAR A ESTA PROPOSTA DE ADESÃO CARTA COM OS DADOS ACIMA.

LOCAL E DATA

CPF DO PROPONENTE

ASSINATURA DO PROPONENTE E/OU RESPONSÁVEL EM CASO DE PROPONENTE MENOR DE 18 ANOS DE IDADE