

CONTRATO DE TRABALHO

EMPRESA LOCADORA DE SERVIÇOS

SEGURO DE VIDA — APÓLICE - INDENIZAÇÃO

EMENTA

Nº. ... proposta de adesão seguro novo alteração dados do proponente (titular/cônjuge) corretor segurado sexo e.c. filhos certificado data nascimento CPF nº matrícula admissão profissão salário .../.../...

... .. cônjuge data nascimento endereço residencial cidade estado CEP ... nº capitais segurados - principal VG morte natural morte acidental inv. permanente p/ acidente inv. permanente p/ doença inv. majorada prêmio VG APC morte inv. permanente p/ acidente desp. médico hospitalar diária inc. temporária diária inter. hospitalar prêmio APC capitais segurados - cônjuge VG morte natural morte acidental inv. permanente p/ acidente inv. majorada prêmio VG APC morte inv. permanente p/ acidente desp. médico hospitalar diária inc. temporária diária inter. hospitalar prêmio APC assistência 24 horas - plano individual plano familiar capital segurado custo mensal capital segurado custo mensal data do início plano forma de reajuste forma de pagamento .../.../... .. nº tickets obs.:

ATENÇÃO: o beneficiário do cônjuge em caso de morte é sempre o segurado principal. beneficiários / parentesco / percentual Declaração principal - cônjuge responda de próprio punho sem borrões nem rasuras, utilizando sim ou não, sim/não sim/não e a crescente explicações quando for o caso. 1. Encontra-se atualmente em perfeitas condições de saúde? 2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de moléstia(s) que tenha obrigado V.S.a a consultar e fazer tratamento médico, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Em caso afirmativo, especifique a moléstias, datas e dê detalhes... .. 3. Já fez exames para detecção de AIDS (caso positivo, anexar exames). 4. Utiliza ou utilizou medicamento para controle de hipertensão e/ou diabete melitus? Em caso afirmativo, especifique: 5. Faz uso de algum medicamento de maneira rotineira? Cite-os 6. Já foi submetido a tratamento radioterápico, quimioterápico ou outros em período prolongado? Esclareça: 7. Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especificar, inclusive, o grau de deficiência: 8. Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, especifique o motivo: 9. É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave, exerce atividade a bordo de aeronave, pratica paraquedismo, vôo livre, balonismo ou similar, é piloto automobilístico ou motociclístico de competição ou de provas ou é mergulhador? Em caso afirmativo, especifique a atividade: 10. Já teve alguma proposta de seguro de vida ou de acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora? Em caso afirmativo, indicar a época e a seguradora: 11. Já recebeu indenização por invalidez? Em caso afirmativo, especifique e indique a seguradora: 12. Tem outro(s) seguro(s) de vida em grupo e/ou acidentes pessoais em vigor nesta data? Em caso afirmativo, especifique: 13. V.Sa. considera-se devidamente esclarecido quanto às perguntas acima e a importância de respondê-las corretamente?

* "Declaro que nada omiti em relação ao meu estado, tendo prestado informações completas e verídicas, pelas quais assumo integral responsabilidade, ciente como estou de que, de acordo com o artigo 766 do Novo Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta proposta ou taxa do prêmio, perderei o direito ao valor do seguro"; * "Autorizo o ... , através de seus médicos a obter de qualquer dos médicos que trataram a mim toda e qualquer informação sobre o meu estado de saúde anterior e atual, dispensando-os de qualquer impedimento ligado ao sigilo profissional. Declaro ainda que tomei ciência das condições gerais e especiais da apólice de seguro não tendo nenhuma dúvida". Complemento da declaração de saúde: LOCAL E DATA: ... ASSINATURA DO PROPONENTE: ... RECIBO recebemos o cheque nº ... contra o banco ... no valor de R\$... [...] relativo à primeira mensalidade do plano ... , acima proposto, cujas garantias terão início a partir do 1º dia do mês

subsequente à aceitação da proposta pelas cias. seguradoras. local ... data .../.../... representante autorizado
... Importante! O cheque acima deve ser emitido em favor de ... cruzado 1^a