

Cartão Proposta

Apólice nº



Seguro de Pessoas

 Vida em Grupo Acidentes Pessoais Coletivo Acidentes Pessoais Escolar Prestamista Educacional

Estipulante:		Subestipulante:	
Segurado:		CPF:	
Início do Seguro: ____/____/____	Dt Nasc.: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil:
Dt Admissão: ____/____/____	Salário R\$:	Ocupação:	
Cônjuge:			Início do Seguro: ____/____/____
Dt Nasc.: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil:	Ocupação:

CAPITAIS SEGURADOS - VG

	Morte por Qualquer Causa	IEA	IPA	IFPD
Segurado	R\$	R\$	R\$	R\$
Cônjuge	R\$	R\$	R\$	

CAPITAIS SEGURADOS - AP

	Morte Acidental	IPA	DMHO	DIT
Segurado	R\$	R\$	R\$	R\$
Cônjuge	R\$	R\$	R\$	R\$

BENEFICIÁRIOS - A divisão será proporcional e com reversão entre si, a menos que seja indicado o percentual de distribuição desejado. Na hipótese de não indicação do beneficiário, o capital segurado será pago aos herdeiros legais, de acordo com os artigos 792 e 1.829 do Código Civil Brasileiro.

Nome	Parentesco	% de Participação	Data de Nascimento

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE – Atenção: Responda de próprio punho às perguntas a seguir, escrevendo por extenso as respostas “Sim” ou “Não”.

Item	Descrição	Titular	Cônjuge
1	Encontra-se atualmente em plena condição de saúde e atividade de trabalho? Em caso negativo, esclareça o motivo.		
2	Tem deficiência de órgão, membros ou sentidos (Por exemplo, redução de visão, audição, defeitos físicos em membros ou órgão)? Em caso positivo, especifique qual e respectivo grau da deficiência.		
3	Sofre atualmente ou sofreu de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos para fazer tratamento, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções clínicas ou cirúrgicas ou ainda afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Em caso positivo, especifique.		
4	Fez uso de algum medicamento de forma rotineira ou já fez tratamentos por período prolongado? Em caso positivo, informe os medicamentos e os motivos.		
5	Pratica paraquedismo ou exerce atividade em caráter profissional ou amador a bordo de helicóptero, planadores, asas voadoras ou outras aeronaves que não sejam as de linhas regulares?		

Em caso de alguma resposta afirmativa a partir do item nº 2, especificar o item esclarecendo os motivos no campo abaixo:

Item	Titular/Cônjuge	Descrição

OUTROS SEGUROS – tem outro(s) seguro(s) em vigor nesta data? Não Sim Caso positivo, indique a(s) seguradora(s), o(s) seguro(s) e o(s) capital(is)

Seguradora	Tipo do Seguro	Capital Segurado

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu cônjuge e dependentes, que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, tendo prestado todas as informações completas e verídicas, estando ciente que do contrário perderei o direito à garantia do seguro, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido (art. 766 do Código Civil Brasileiro). Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser celebrado com a Royal & SunAlliance Seguros (Brasil) S.A., ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que esta autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro ainda que tive conhecimento prévio da íntegra das condições gerais e especiais do seguro a que se refere esta proposta, e que estou ciente e de acordo com suas cláusulas e disposições que renegarão o contrato a ser firmado. Estou ciente que poderei ter acesso, a qualquer tempo, às condições gerais do seguro, que encontram-se junto ao estipulante, ao Corretor de Seguros e através do site da Royal & SunAlliance Seguros, no endereço www.rsaseguros.com.br.

A Royal & SunAlliance Seguros terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, 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.

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

Obs.: Quando o Proponente for analfabeto, no lugar da assinatura deverão constar, a posição de uma impressão digital, o carimbo e visto do Estipulante.

VD1824 – web – 07/2006 Matriz: Av. das Nações Unidas, 12.995 – 4º andar – Brooklin Novo – São Paulo – SP – CEP 04578-000 – Brasil – CNPJ 33065699/0001-27 – www.rsaseguros.com.br

Processo SUSEP Vida em Grupo: 01-006570/96 – Processo SUSEP Acidentes Pessoais Coletivo: 10.003496/01-54

Processo SUSEP AP Escolar: 15414.003230/2004-78 – Processo SUSEP Prestamista: 10.004457/01-38 – Processo SUSEP Educacional: 001.003.0007/96