



Generali Brasil Seguros S/A - Código SUSEP: 05908
Matriz: Av. Barão Tefé, 34, - Rio de Janeiro - RJ
CNPJ: 33.072.307/0001-57 CEP: 20220-460

Proposta de Adesão - Completa

Dados do Estimulante / Corretor

Apólice Nº

6969

Estudo Nº (caso não possua nº de Apólice)

Razão Social

ENTIDADE AUTARQUICA DE ASSISTEC

CNPJ

05.888.813/0001-83

Nome do Corretor

Código SUSEP

Subestipulante

Razão Social

CNPJ

Informações do Proponente

Nome do Proponente

Data de Nascimento

Sexo

Estado Civil

CPF

Matrícula

Data de Admissão

Ocupação

CEP

Documento Tipo e nº (RG, RNE, Passaporte etc.)

Órgão Emissor

Data Expedição

Endereço Completo

Nº

Complemento

Cidade

Bairro

UF

DDD

Telefone

E-mail

É Pessoa Politicamente Exposta (PPE), conforme previsto na Circular Susep 445/2012?

Resposta Titular: Não () Sim () Relacionamento próximo (). Informe o grau de relacionamento PPE:

Resposta Cônjuge: Não () Sim () Relacionamento próximo (). Informe o grau de relacionamento PPE:

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Capital Segurado

Renda Mensal (Titular) R\$:

Capital Segurado (Titular) R\$:

As garantias, capital segurado e serviços contratados serão exatamente os mesmos que foram estabelecidos no contrato do seguro.

Cônjuge (Somente em contratação facultativa)

Nome do Cônjuge

Data de Nascimento

Sexo

☐ F ☐ M

Estado Civil

RG

CPF

Matrícula

Data de Admissão

Ocupação

Renda Mensal

Início de vigência proposto (às 24h de):

/ /

. (Caso aceite esta proposta de adesão pela Generali)



Beneficiário(s)

Nome do Beneficiário	Data de Nascimento	CPF	Parentesco	Participação (%)

A soma dos percentuais não poderá ultrapassar 100%. No caso de não haver indicação no quadro acima, este seguro será pago de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

Declaro que sou responsável legal dos dependentes menores de idade aqui listados e reconheço e concordo que meus dados pessoais e de meus dependentes serão utilizados para os fins necessários à elaboração e precificação da proposta do seguro de vida ora contratado, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali, disponível no seguinte endereço: <https://www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/>. Em caso de dúvidas sobre como os dados estão sendo tratados pela Generali, basta entrar em contato através do e-mail privacidade@generali.com.br.

☐ Estou de acordo com os termos acima.

Aviso Importante: Não assine sem verificar a exatidão dos dados, respostas, informações e declarações escritas nesta proposta de adesão, inclusive no seu verso. Não serão aceitos formulários rasurados.

Local e Data

Assinatura do Proponente ou Responsável

Declaração Pessoal de Saúde

As questões abaixo devem ser integralmente respondidas (de próprio punho) pelo proponente titular e pelo cônjuge (no caso de contratação de cônjuge facultativo). Caso a resposta seja positiva será obrigatório o preenchimento das "INFORMAÇÕES ADICIONAIS – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE".

Estas informações servirão de base para aceitação do seguro, bem como para analisar os processos em eventuais ocorrências de sinistros.

O responsável deve efetuar a declaração em nome do menor de 18 anos de idade.

Concordo que meus dados pessoais (bem como aqueles referentes aos dependentes menores de idade aqui relacionados), incluindo dados de saúde constantes da Declaração Pessoal de Saúde ora informados serão utilizados para os fins necessários à elaboração e precificação da proposta de seguro de vida ora contratado, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali, disponível no seguinte endereço: <https://www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/>. Em caso de dúvidas sobre como os dados estão sendo tratados pela Generali, basta entrar em contato através do e-mail: privacidade@generali.com.br.

☐ Estou de acordo com os termos acima.

1	Peso:	Altura:	Pressão Arterial:
2	Atividade Profissional Atual:	Atividades Profissionais Anteriores:	
	Questões (responda SIM ou NÃO por extenso)		
		Principal	Cônjuge
3	Esteve ou está afastado de suas atividades profissionais por motivo de doença? Caso positivo, informar o motivo e data de afastamento.		
4	Sofreu ou sofreu nos últimos 05 (cinco) anos, de quaisquer distúrbios ou doenças abaixo relacionados? Caso positivo, informar datas de tratamentos realizados, com nome e endereço dos médicos.		
	Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardiocirculatórias?		



	Tumores ou câncer?		
	Cistos ou doenças de pele?		
	Reumatismo, problemas de coluna, musculares, articulares ou de ossos?		
	Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares?		
	Doenças de rins, bexiga, próstata, alterações do trato urinário, órgãos sexuais?		
	Doenças sexualmente transmissíveis?		
	Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças da vesícula ou outras doenças do aparelho digestivo?		
	Hemorragia, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue?		
	Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigem, desmaio, convulsão, dores de cabeça, dificuldades da fala, paralisia ou derrame cerebral, doença ou alterações mentais ou dos nervos)?		
	Doenças ou alterações dos olhos, ouvidos, nariz ou garganta?		
	Diabetes, doenças da tireoide ou outras doenças endócrinas?		
	Alterações de menstruação, perda sanguínea, gravidez, alterações dos órgãos reprodutores ou dos seios?		
	Outras doenças ou distúrbios não relacionados acima? Quais?		
5	Faz uso regular de medicamentos, com ou sem prescrição médica? Caso positivo, informar o nome do(s) medicamento(s) e dose diária.		
6	Já realizou exames para detectar doenças renais, hepáticas, AIDS ou outras?		
7	Já foi submetido a exames de cateterismo, ecocardiograma, teste ergométrico, tomografia computadorizada, ressonância magnética, endoscopia, ultrassonografia em geral etc.? Em caso positivo, esclareça:		
8	Utiliza motocicleta ou ciclo motor como meio de trabalho e/ou de transporte? Caso positivo, qual a frequência de utilização semanal.		
9	Relacione os hospitais em que foi atendido(a) e/ou internado(a) para tratamento clínico cirúrgico, inclusive biópsia (citar diagnóstico e período de internação):		
10	Já foi submetido a tratamentos radioterápicos, transfusão de sangue ou outro tratamento por período prolongado? Em caso positivo, esclareça:		
	É portador de deficiência/mau funcionamento de órgão, redução de visão, audição ou defeito físico em membros ou órgãos? Cite-os:		
11	Visão (*de acordo com laudo oftalmológico de até 01 ano):	Olho Esquerdo:	Olho direito:
	Audição (* de acordo com laudo audiométrico de até 01 ano):	Ouvido Esquerdo % de Redução:	Ouvido Direito % de Redução:
12	Já foi submetido a tratamento fisioterápico? Qual?		
13	É portador de alguma doença profissional? Qual?		
14	Pratica esporte ou faz exercícios regularmente? Em caso positivo, descreva o tipo e a frequência:		
14.1	É tripulante de aeronave ou exerce atividade a bordo, pratica paraquedismo, vôo de ultraleve, voo livre, esportes radicais e perigosos, participa de competições esportivas em caráter amador ou profissional? Em caso positivo, esclareça:		
14.2	Sofre ou sofreu ameaças de sequestro, morte, violência ou acidente? Em caso afirmativo, descreva o tipo de ocorrência, mencionando as lesões porventura produzidas e se delas resultou algum tipo de limitação:		
15	É ou foi fumante? Em caso positivo, quantificar e informar a quantidade a quanto tempo:		
16	Fez ou faz uso de bebidas alcoólicas? Em caso positivo, mencione a frequência e a quantidade:		
17	Fez ou faz uso de tóxicos? Esclareça:		
18	Teve alguma alteração de peso nos últimos 24 meses? Em caso positivo, informar a perda ou o ganho:		
19	Qual o nome e endereço de seu médico habitual?		
19.1	Qual a data, o motivo e tratamento prescrito na última consulta?		
20	Já recebeu indenização por acidente e/ou doença por outra Seguradora, ou já teve a proposta de seguro de vida recusada ou aceita com ressalva?		
21	Possui atualmente outros Seguros de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor? Em caso afirmativo,		



	cite a(s) seguradora(s), o(s) capital(is) segurado(s) e cobertura(s).		
	Histórico Familiar:		
22	Pai: vivo? Informar idade, e se falecido, a causa da morte.		
	Mãe: viva? Informar idade, e se falecida, a causa da morte.		

ÍTEM	INFORMAÇÕES ADICIONAIS – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Em conformidade com a legislação em vigor, a Generali Brasil Seguros S/A terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, contados a partir da data de seu recebimento na Generali.

No caso da necessidade de análise do Ressegurador o prazo do parágrafo anterior ficará suspenso, até que o Ressegurador se manifeste.

Autorização do Proponente

Pela presente solicito e

autorizo a

inclusão de meu nome(a) apólice(s) de Seguro de Pessoas, contratado pelo Estipulante mencionado nesta proposta, a

quem

concedo o direito de representar-

me perante a Seguradora e agir em meu nome, no cumprimento de todas as condições da(s) referida(s) apólice(s), devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao(s) contrato(s) serem encaminhados ao respectivo Estipulante.

Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s) com a Seguradora, ficando a mesma 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, igualmente, que tomei conhecimento de todas as cláusulas e condições que regerão o seguro ora proposto, estando ciente de que outras via de tais cláusulas se encontram-se a meu alcance e disposição junto ao Estipulante e/ou corretor deste seguro.

Declaro, ainda, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e completas e estou ciente de que, de acordo com o art. 766 do Novo Código Civil Brasileiro: "Se o proponente, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Estou ciente e de acordo que não haverá cobertura para eventos ou doenças preexistentes à contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais e Especiais. Estou ciente que a Generali Brasil Seguros poderá solicitar o envio ou a realização de exames médicos e laboratoriais e informações adicionais, e que somente após o recebimento de todos os exames e informações requeridos, a Generali Brasil Seguros decidirá quanto à aceitação integral ou parcial desta proposta.

Ainda, reconheço e concordo que meus dados pessoais (bem como aqueles referentes aos dependentes menores de idade aqui relacionados) serão utilizados para os fins necessários à elaboração e precificação da proposta do seguro de vida, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali, disponível no seguinte endereço www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/. Em caso de dúvidas sobre como os dados estão sendo tratados pela Generali, basta entrar em contato através do e-mail: privacidade@generali.com.br.

Informações Importantes-

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e/ou Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do seguro estará sujeita à análise

do risco. O registro deste plano na SUSEP (Superintendência Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O Proponente poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros nos [itens www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

CENTRAL DE ATENDIMENTO: Para capitais metropolitanas: 3004 58 58 | Demais localidades 0800 70 70 211 Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h às 18:30 (exceto feriados). **SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR - SAC:** 0800 88 90 200.

Deficiente Auditivo e de fala: 0800 88 90 400 (realizar a ligação de um aparelho telefônico adaptado com dispositivo TTS) Horário de atendimento: 24 horas por dia, 7 dias por semana. **OUIDORIA:** 0800 88 03 900 . Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h (exceto feriados).



Generali Brasil Seguros S/A - Código SUSEP: 05908
Matriz: Av. Barão Tefé, 34, – Rio de Janeiro – RJ
CNPJ: 33.072.307/0001-57 CEP: 20220-460

Proposta de Adesão – Completa

Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/. Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco através do e mail: privacidade@generali.com.br.

Aviso Importante: Não assine sem verificar a exatidão dos dados, respostas, informações e declarações escritas nesta proposta de adesão, inclusive no seu verso. Não serão aceitos formulários rasurados.

Local e Data: _____

Assinatura do Proponente ou Responsável

Assinatura Cônjuge (Quando houver)