

### DADOS DO PROPONENTE

			Matrícula			Nº Proposta		
Nome Completo						Data de Nascimento		
Idade	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos	CPF		
Nacionalidade		Natureza do Documento		Nº do Documento		Órgão Expedidor		Data de Expedição
Ocupação Principal <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo			Código	Empresa em que trabalha ou da qual é sócio			Renda Mensal Bruta	
Categoria <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Servidor Público			É Pessoa Politicamente Exposta <sup>1</sup> ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:					
Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Endereço Residencial						Nº
Complemento		Bairro		Cidade			UF	CEP
DDD	Telefone Fixo		DDD	Telefone Celular		DDD	Telefone Comercial	
Endereço para Correspondência - <input type="checkbox"/> utilizar o Endereço Residencial							Nº	
Complemento		Bairro		Cidade			UF	CEP
Aceita receber informações por meio eletrônico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				E-mail				
Nome Cônjuge (no caso de sua inclusão no seguro)						Data de Nascimento		
Idade	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ocupação Principal <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo		Código	CPF			

1 A definição de pessoa politicamente exposta encontra-se nas notas explicativas.

**1Pessoas Politicamente Expostas:** 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. São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada, conforme definido na Circular SUSEP Nº 612/2020.

### BENEFICIÁRIOS

Inexistindo indicação, o(s) benefício(s) será(ão) pago(s) de acordo com os artigos 792 e 1.829 do Código Civil. O segurado poderá, a qualquer tempo, alterar os beneficiários indicados, assim como os percentuais estabelecidos.

Nome Completo ou Razão Social	Data de Nascimento ou CNPJ	Grau de Relacionamento*	Percentual %

\* A - Avô(ó); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum; W - Demais Sócios; O - Outros. Caso o beneficiário indicado seja outro que não o cônjuge ou um parente de primeiro grau (pais e filhos), justificar:

As informações sobre atualizações, benefícios e processos SUSEP constam da via do proponente (Notas Explicativas).



PROPONENTE	CPF	NÚMERO SUB	NÚMERO CONTRATO
------------	-----	------------	-----------------

Espaço para relógio protocolo

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a Mongeral Aegon tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou 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 os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela Mongeral Aegon no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor já aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

### PARA USO DA SEGURADORA

Convênio de Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Estatutário	Diretor Regional	Superint. Regional
Superint. Comercial	Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2	Agente de Fidelização	

### PARA USO DO CORRETOR

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução via disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

### DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Comprometo-me a informar à Seguradora a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após o preenchimento desta proposta, durante a vigência do(s) plano(s) por mim contratado(s), conforme a legislação vigente. Declaro, ainda, que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos das condições gerais dos planos escolhidos, inclusive quanto à atualização monetária e reenquadramento etário, que ocorrerão anualmente, quando previsto no plano, no mês de aniversário do contrato coletivo. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos/condições gerais sabendo, desde já, que a aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco. Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante/ Subestipulante da(s) apólice(s) em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais e especiais da(s) referida(s) apólice(s), 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 o direito a cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento expresso, enquanto o pagamento dos prêmios ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente de que a(s) apólice(s) poderá(ão) não ser renovada(s) em seu aniversário, por decisão do Estipulante/ Subestipulante ou da Seguradora.

Reconheço e concordo expressamente como válida a minha anuência aos termos ora acordados em formato eletrônico, ainda que não se utilize de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil, admitindo-o como válido para todos os fins, nos termos da Medida Provisória nº 2.200-2/2001. Sendo, portanto, a formalização desta proposta de adesão suficiente para a comprovação da minha autoria, integridade, validade e integral vinculação ao presente instrumento.

Compreendo e reconheço, sob penas da lei, que: (i) entendo e possuo capacidade jurídica para assinar eletronicamente a presente proposta de adesão, não podendo me opor posteriormente à assinatura por quaisquer fatores que possa entender como um impedimento; (ii) sou o único responsável pelo sigilo e uso do meu e-mail, celular e senha para consecução da assinatura eletrônica e que o uso é pessoal e intransferível, responsabilizando-me pessoalmente pela utilização indevida por terceiros, e; (iii) antes de utilizar a plataforma de assinatura eletrônica eu enviei o meu nome e e-mail para recebimento do link para assinatura, o qual é pessoal e intransferível

Local e Data

Assinatura do Proponente

### FORMA DE PAGAMENTO

Arrecadação pelo Estipulante/Subestipulante - O procedimento de cobrança será de responsabilidade única e exclusiva do Estipulante/ Subestipulante, ficando este responsável por quaisquer consequências advindas da execução deste procedimento.

Autorizo a instituição financeira acima designada a debitar na conta corrente, o valor correspondente aos prêmios do(s) plano(s) contratado(s) nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela seguradora à instituição financeira. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente em conta corrente para a finalidade desta proposta, e, na hipótese de insuficiência de fundos para quitação do valor da parcela devida, isento a instituição financeira de toda e qualquer responsabilidade e autorizo a seguradora a promover novas tentativas de débito, mesmo após a data de vencimento do compromisso, para regularização da parcela. Declaro-me ciente de que a instituição financeira poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento, quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da(s) seguradora(s) ou da instituição financeira informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data

Assinatura do Correntista

PROPONENTE	CPF	NÚMERO SUB	NÚMERO CONTRATO
------------	-----	------------	-----------------

### NOTAS EXPLICATIVAS

#### SEGURADORA

As coberturas de Seguro de Pessoas previstas nesta proposta são garantidas pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. - CNPJ: 33.608.308/0001-73.

#### PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

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. São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada, conforme definido na Circular SUSEP Nº 612/2020.

#### BENEFÍCIOS

**Morte (M):** garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental, do segurado.

**Morte Acidental (MAC):** garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte por acidente do segurado.

**Morte Acidental – Vítima de Crime (MACVC):** garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer vítima de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** garante uma indenização ao segurado, em caso de invalidez permanente, total ou parcial, por acidente.

**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Vítima de Crime (IPVC):** garante o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de crime praticado por terceiro contra a sua pessoa.

**Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** garante uma indenização ao segurado, em caso de invalidez permanente total por acidente.

**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração (IPAM):** garante uma indenização ao próprio segurado, em caso de invalidez permanente total ou parcial, por acidente. Em caso de perda total de: visão de um olho, uma mão ou um polegar (inclusive o metacarpiano), a indenização será de 100% do capital segurado.

**Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA):** garante uma indenização ao segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda de sua existência independente.

**Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** garante uma indenização ao segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda de sua existência independente.

**Seguro Assistência Funeral (SAF):** garante a realização e/ou reembolso das despesas com o funeral, limitado ao valor do capital segurado, a quem comprovar seu custeio mediante apresentação das Notas Fiscais originais do serviço.

**Adiantamento por Doença Terminal (ADT):** garante a antecipação de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso verificado o estado terminal da doença do segurado.

**Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM):** garante uma indenização ao Estipulante/Subestipulante, limitado ao valor do capital segurado, referente às despesas com rescisão e realocação em caso de morte do segurado.

**Doença Congênita dos Filhos (DCF):** garante uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita.

**Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO):** garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado, decorrentes de acidente coberto.

**Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):** garante uma indenização ao segurado, em caso de incapacidade total e temporária, causada por acidente ou doença.

**Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA):** garante uma indenização ao segurado, em caso de incapacidade total e temporária, causada por acidente.

**Doenças Graves (DG):** garante uma indenização, ao segurado, em caso de diagnóstico definitivo de câncer, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, cirurgia de revascularização miocárdio com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (Bypass) e doença de alzheimer.

**Transplante de Órgãos (TO):** garante uma indenização, ao segurado, caso este venha a se submeter a transplante de coração, fígado, córnea, rim ou medula óssea.

**Diária por Internação Hospitalar (DIH):** garante o pagamento de uma diária segura, para cada dia de internação hospitalar, causada por acidente ou doença.

**Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA):** garante o pagamento de uma diária segura, para cada dia de internação hospitalar, causada por acidente.

**Auxílio Alimentação (AALI):** garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental do segurado para auxiliar no custeio das despesas de alimentação da família.

**Fratura Óssea (FO):** garante o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, caso o mesmo, em virtude de um acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro.

**Diária por Internação Hospitalar Especial:** garante o pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado.

**Diária por Internação Hospitalar Especial – UTI:** garante o pagamento ao segurado de diárias por internação hospitalar na UTI comprovadas em estabelecimento hospitalar de livre escolha do segurado.

**Diária de Incapacidade Temporária – Especial:** garante o pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação.

**Cirurgias (CIR):** garante o pagamento, ao segurado, de uma indenização, na realização de um procedimento cirúrgico invasivo coberto pelo plano de seguro contratado, em consequência de acidente pessoal ou doença.

**Despesas Extras por Morte:** garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte, referente à eventuais despesas caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

PROPONENTE	CPF	NÚMERO SUB	NÚMERO CONTRATO
------------	-----	------------	-----------------

**Despesas Extras por Invalidez:** garante o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto.

**Invalidez Permanente Vítima de Trânsito:** garante o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente causado no trânsito.

**Morte Acidental Vítima de Trânsito (MAC-VT):** garante pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal ocorrido no trânsito durante a vigência deste seguro.

**Filhos Póstumos:** garante ao responsável legal pelo nascituro o pagamento de uma indenização, em caso de morte do titular, seja natural ou acidental, ocorrida durante o período gestacional.

**Rescisão Contratual por Invalidez Acidental:** garante pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, em decorrência da relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente do segurado principal.

**Adaptação de Veículos e Residência por Acidente:** garante pagamento das despesas havidas com a adequação da residência habitual do segurado ou em seu veículo particular.

**Auxílio Funeral Complementar Morte Acidental (AFC-MAC):** garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte acidental caso este venha a falecer por causas acidentais.

## CARÊNCIA E FRANQUIA

As informações de carência, franquia e eventuais limites serão estabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do produto e/ou na Proposta de Contratação e Condições Particulares do seguro. Para os casos de suicídio ou sua tentativa, haverá carência de 24 meses nos termos do Art. 798 do Código Civil – Lei 10406/02.

**Conforme previsto nas condições gerais das apólices, não há cobertura para eventos decorrentes de pandemias. No entanto, a MAG Seguros, por liberdade, irá cobrir os benefícios por morte e invalidez por doença em decorrência de COVID-19, observado o período de carência de 90 (noventa) dias, se contrata essa cobertura. Caso seja comprovada, por parte do beneficiário, a imunização completa (duas doses ou dose única, quando previsto) do proponente anterior à assinatura da proposta de contratação, os eventos decorrentes de COVI-19 estarão isentos de carência.**

## BENEFICIÁRIOS

Para as coberturas de Auxílio Alimentação, Morte e Morte por Acidente contratadas para o segurado, serão considerados aqueles indicados na proposta de adesão de acordo com os artigos 792 e 1.829 do Código Civil. Para as coberturas de Morte e Morte por Acidente contratadas para o Cônjuge e/ou Filhos o beneficiário será sempre o titular. Para o SAF e DMHO o beneficiário será quem comprovar o custeio das despesas. Para RCM o beneficiário será o Estipulante/Subestipulante. Para as demais coberturas o beneficiário será o próprio segurado.

## ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (INDEXADOR) E RECÁLCULO

Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização.

Para as apólices que possuem recálculo do capital segurado pela variação salarial serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora.

Para valor de capital por faixa etária, o valor do prêmio será alterado periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais.

## PROCESSOS SUSEP

VG Faixa Etária: 15414.003037/2012-47; VG Taxa Média: 15414.003038/2012-91.

## INFORMAÇÕES GERAIS

O registro destes planos 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](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. O proponente poderá, a qualquer momento, mediante solicitação à sociedade seguradora, alterar a opção de recebimento de informações por meio eletrônico. No caso de proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação, informando o país de emissão. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Conforme a Lei Federal 12.741/12, que dispõe sobre os tributos incidentes na formação de preços ao consumidor, informamos que incidem sobre os valores de seguro e de planos de previdência privada, as alíquotas de COFINS de 4%, PIS de 0,65% e, ainda, para planos de seguros, IOF de 0,38%.



### DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE (DPSA)

Esta Declaração Pessoal de Saúde é parte integrante da proposta nº	Matrícula
Nome Completo do Proponente	CPF

PERGUNTAS	Titular	Cônjuge	Em caso afirmativo, especificar informando o número da pergunta
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2. Sofre ou já sofreu de doença crônica ou incurável, doenças do coração, hipertensão, circulatórias, do sangue, diabetes, pulmão, fígado, rins, infarto, acidente vascular cerebral, articulações, qualquer tipo de câncer ou HIV?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Sofre ou sofreu de deficiências de órgãos, membros ou sentidos, incluindo doenças ortopédicas ou relacionadas a esforço repetitivo (LER e DORT)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4. Fez alguma cirurgia, biópsia ou esteve internado nos últimos cinco anos? Ou está ciente de alguma condição médica que possa resultar em uma hospitalização ou cirurgia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5. Está afastado(a) do trabalho ou aposentado por invalidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7. É fumante?	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Outros: Quantidade média/dia: _____	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Outros: Quantidade média/dia: _____	
8. Informe peso e altura:	_____ Kg e _____ m	_____ Kg e _____ m	
9. Apresenta, no momento, sintomas de gripe, febre, cansaço, tosse, coriza, dores pelo corpo, dor de cabeça, dor de garganta, falta de ar, perda de olfato, perda de paladar ou está aguardando resultado do teste da COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
10. Foi diagnosticado(a) com infecção pelo novo CORONA VÍRUS ou COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
11. Apresenta, no momento, sequelas do COVID-19 diferente de perda de olfato e/ou paladar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Declaro estar ciente de que, dada a obrigação de boa-fé inerente ao relacionamento entre as partes em todo e qualquer contrato, especialmente nos de seguro e de previdência privada, que as informações prestadas acima são verdadeiras, motivo pelo qual é dispensável a realização de exames médicos prévios para fins de averiguação de minha condição de saúde e estou ciente que os eventos ocorridos em consequência de doenças preexistentes à contratação do seguro e que não tenham sido declaradas nesta DPS não estarão cobertos, nos termos das condições gerais do(s) plano(s) contratado(s) e de acordo com o que prevê o artigo 766 do Código Civil.

Local e Data

Assinatura do Proponente

Assinatura e Identidade do Responsável (quando necessário)

Esta Declaração Pessoal de Saúde é válida para proponentes com até 60 anos na contratação de todos os planos oferecidos nesta proposta e para os clientes entre 61 e 65 anos exclusivamente na contratação dos planos Cirurgias, DIH e DG. E para clientes entre 61 e 70 anos para os planos DIT Médicos. Proponentes entre 0 e 16 anos deverão ser representados pelos pais tutores ou curadores. Caso o proponente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal.