

# SULAMÉRICA VIDA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO – Seguro de Vida Individual



**PRODUTO:**  **SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL** (Cód. 144)  **SULAMÉRICA VIDA MULHER** (Cód. 146)

## 1. DADOS DA PROPOSTA

Solicitação <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	UOP	Cia 6220	Sucursal	Nº Proposta	Apólice
---	-----	-------------	----------	-------------	---------

## 2. DADOS DO PROPONENTE

Nome completo

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	Data de nascimento / /
--	--	---------------------------

Profissão	Detalhe da ocupação	Renda média mensal (R\$)
-----------	---------------------	--------------------------

Nacionalidade <sup>1</sup>	CPF	RG
----------------------------	-----	----

Passaporte (apenas se proponente for estrangeiro)	País de expedição
---	-------------------

Possui residência fiscal no exterior?<sup>1</sup>  
 Sim  Não

Endereço	Número	Complemento
----------	--------	-------------

CEP	Bairro	Cidade	Estado
-----	--------	--------	--------

DDD Telefone ( )	DDD Telefone celular ( )	Aceita receber SMS <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------------	-----------------------------	---

E-mail

<sup>1</sup>**ATENÇÃO:** Caso possua **NACIONALIDADE** diferente de BRASILEIRA ou **RESIDÊNCIA FISCAL NO EXTERIOR**, peça ao corretor o formulário de **IDENTIFICAÇÃO DE CLIENTES ESTRANGEIROS / RESIDÊNCIA FISCAL NO EXTERIOR** para preenchimento.

## 3. DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (preenchimento necessário apenas quando o proponente tiver idade inferior a 18 anos)

Nome completo	CPF
---------------	-----

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	Data de nascimento / /
--	--	---------------------------

Ocupação	Renda média mensal (R\$)	Grau de parentesco com o proponente
----------	--------------------------	-------------------------------------

**Importante:** menores de 16 (dezesseis) ou de 18 (dezoito) anos serão, respectivamente, representados ou assistidos pelos pais, tutores ou curadores.

## 4. DADOS DO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)

Nome completo

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	CPF	Data de nascimento / /
--	-----	---------------------------

Local e data	Assinatura do proponente (ou responsável legal)
--------------	---

**Atenção!** Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

**5. COBERTURAS E CAPITAIS SEGURADOS**

COBERTURAS BÁSICAS		CAPITAIS SEGURADOS	PRÊMIOS
<input type="checkbox"/> Morte (M)		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Morte Acidental (MA)		R\$	R\$
COBERTURAS ADICIONAIS		CAPITAIS SEGURADOS	PRÊMIOS
<input type="checkbox"/> Morte Extensão ao Cônjuge		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)		R\$	R\$
Contratação de IPA Majorada <sup>1</sup> : <input type="checkbox"/> Sim		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD)		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas (DMHO)		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Diárias por Incapacidade Temporária (DIT) EXTENSÃO PARA LER, DORT, LTC E HÉRNIA <sup>2</sup> : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FRANQUIA <sup>3</sup> : Profissionais liberais e autônomos: <input type="checkbox"/> Reduzida (7 dias) <input type="checkbox"/> Normal (10 dias) Profissionais CLT: <input type="checkbox"/> Normal (15 dias)		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Doenças Graves (DG)		R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Funeral Individual		R\$ 3.000,00	R\$
<input type="checkbox"/> Assistência Funeral Familiar (cônjuge e filhos/ enteados até 18 anos) <sup>4</sup>	Prestação de serviço de assistência funeral	Acréscimo ao prêmio mensal de:	R\$

**VALOR MENSAL TOTAL: R\$**

<sup>1</sup> A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA-M) é acessória em relação à cobertura de Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA) e válida somente para segurados que exerçam a profissão de médico ou dentista. O valor para essa cobertura corresponderá a 100% do capital segurado para a cobertura de IPA.

<sup>2</sup> As opções de franquia Reduzida (7 dias) e Normal (10 dias) são destinadas aos profissionais autônomo e liberais. A opção de franquia Normal CLT (15 dias) é destinada a pessoas com regime trabalhista em CLT.

<sup>3</sup> LER – Lesões por Esforço Repetitivo / DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho / LTC - Lesão por Trauma Continuado.

<sup>4</sup> O serviço de Assistência Funeral Familiar prevê apenas a prestação de serviços e não constitui qualquer tipo de reembolso.

**IMPORTANTE:** A indenização a ser paga da cobertura de DIT (Diária por Incapacidade Temporária) será o resultado da multiplicação da quantidade de dias de afastamento pelo valor da diária, observando-se a dedução da franquia. O valor do capital segurado (mensal) não poderá ultrapassar a renda total mensal do segurado INFORMADA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.

Local e data

Assinatura do proponente (ou responsável legal)

**Atenção!** Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

### 6. BENEFICIÁRIOS

Indique abaixo os BENEFICIÁRIOS e suas respectivas participações para recebimento da reserva no caso de óbito do participante.

Nome completo	Data de nascimento	Parentesco	Participação <sup>5</sup>
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%

<sup>5</sup> O somatório dos percentuais de participação deverá resultar em 100%. Importante: Na ausência de identificação dos beneficiários será observado o que dispuser a legislação em vigor.

### 7. FORMA DE PAGAMENTO

BOLETO BANCÁRIO MENSAL

Dia de vencimento para pagamento do boleto:

DÉBITO EM CONTA CORRENTE MENSAL

Banco:  001 - Banco do Brasil  033 - Santander  237 - Bradesco  341 - Itaú Unibanco  756 - Bancoob

Nome do titular:

CPF:

Agência:

Conta Corrente:

Dia de débito:

**IMPORTANTE:** Para a efetivação do cadastro de débito em conta corrente, o proponente deverá entrar em contato com a instituição financeira e autorizar o procedimento. O CPF do titular da conta corrente deve ser o mesmo do proponente/participante ou responsável legal.

### Devolução de valores

Na eventualidade de não aceitação das coberturas, o Proponente autoriza a SulAmérica a creditar os valores em caráter de devolução via crédito em conta corrente. O proponente deverá informar os dados bancários nos campos abaixo:

Banco	Cód. Banco	Agência	DV	Conta Corrente	DV

Nome do titular da conta

CPF

**IMPORTANTE:** Para realizar a devolução de valores, o CPF do titular da conta corrente deve ser o mesmo do proponente ou responsável legal.

Local e data

Assinatura do proponente (ou responsável legal)

**Atenção!** Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

**8. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE**

O preenchimento deste formulário a mão pelo proponente é obrigatório para a adesão ao plano. No caso de contratação das coberturas para o Cônjuge/Companheiro(a), o mesmo deverá responder o mesmo formulário. Justifique nas linhas abaixo as observações necessárias.

	<b>Proponente Principal</b>	<b>Cônjuge/ Companheiro(a)</b>
<b>1. Informar peso e altura aproximados</b>	<b>Peso:</b> Kg <b>Altura:</b> m	<b>Peso:</b> Kg <b>Altura:</b> m
<b>PARA AS PERGUNTAS ABAIXO, ESCREVA "SIM" OU "NÃO" NOS CAMPO DE RESPOSTAS.</b>	<b>SIM ou NÃO</b>	
<b>2. Tem problema de pressão alta ou cardíaco? Tem diabetes? Tem stress, ansiedade, depressão, insônia ou algum distúrbio psiquiátrico? Teve AVC (Acidente Vascular Cerebral)? Tem alguma doença crônica, congênita, doenças renais, doenças hepáticas? Se positivo, qual doença? Utiliza algum medicamento de uso contínuo não mencionado antes? Há quanto tempo? Quais tratamentos realiza?</b>		
<b>3. Tem ou teve algum tipo de câncer? Quando?</b>		
<b>4. Tem algum tipo de dor crônica (braços, pés, pernas, coluna cervical, enxaquecas, outras) ou esclerose múltipla, hérnias, doença neurológica degenerativa, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson? Qual?</b>		
<b>5. Alguma vez precisou ficar internado (a) para realização de alguma cirurgia? (Informar: duração e razão) ou precisou ficar de licença por doença (duração e razão)?</b>		
<b>6. Tem algum grau de deficiência visual, auditiva ou de membros? Qual? Qual o grau?</b>		
<b>7. Você fez ou faz uso de cigarro, drogas ou bebida alcoólica? Se sim, com qual frequência e quantidade?</b>		
<b>8. Pratica algum tipo de esporte radical como: esqui, paraquedismo, escalada, mergulho profissional com equipamento de respiração &gt; 80 metros, moto velocidade, ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Informar qual.</b>		
Informe o detalhe das respostas positivas e relacione a justificativa ao número da pergunta. (Ex.: Pergunta <b>07</b> – Fumo 1 maço de cigarros por dia.)		

Local e data

Assinatura do proponente (ou responsável legal)

**Atenção!** Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

## **DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

Declaro que tive prévio conhecimento da íntegra das Condições Gerais e que, na falta de indicação de beneficiário, a indenização será paga conforme legislação em vigor. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do cliente estará sujeita a análise do risco. O Cliente 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. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade 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. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Declaro, também, que a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho e que todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções. Declaro, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, estando ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por 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. Autorizo a SulAmérica a buscar, se necessário, novos subsídios para análise e verificação das informações aqui prestadas no momento da contratação e efetuar a inclusão de informações, sinistros e ocorrências relacionadas ao presente seguro, em banco de dados, aos quais a seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de Processos de Sinistros. Declaro ser do meu conhecimento que o valor mensal total indicado nesta Proposta poderá sofrer ajustes, a depender da análise dos riscos a ser realizada pela seguradora. Tendo em vista que as coberturas adicionais, se indicadas para contratação, terão análise de risco realizada de forma separada das demais coberturas, autorizo que caso a contratação de alguma(s) das coberturas adicionais seja(m) recusada(s) em função da análise de risco, seja emitida a apólice de Seguro de Vida considerando apenas as coberturas aceitas pela SulAmérica. Nessa hipótese, eventual diferença de prêmio será devolvida, de forma atualizada, até a data da efetiva restituição.

Local e data

Assinatura do proponente (ou responsável legal)

**Atenção!** Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

**9. DADOS DO CORRETOR / DADOS DE PRODUÇÃO**

<b>Dados do Corretor</b>				<b>Cód. SUSEP Corretor</b>
<b>Nome completo do corretor</b>				
DDD - Telefone (    ) -	E-mail			
<b>CORRETOR 1</b>				
UOP Negócio	Estrutura de apoio	Ação de apoio	Estrutura de venda	Ação de venda
Produtor/ Estrutura de venda para comissão		Produtor/ Estrutura de venda para angariação		Percentual A/C A:    / C:
<b>CORRETOR 2</b>				
UOP Negócio	Estrutura de apoio	Ação de apoio	Estrutura de venda	Ação de venda
Local e data			Assinatura corretor	

**IMPORTANTE:** Caso a opção de pagamento seja boleto bancário, o primeiro boleto para pagamento antecipado poderá ser impresso pelo Portal do Corretor.

Local e data	Assinatura do proponente (ou responsável legal)
--------------	---

**Atenção!** Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

**Resumo das Condições Gerais**  
**Processo SUSEP 15414.900707/2013-56**

**1. Objeto do Seguro** - Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ou reembolso ao Segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, conforme disposto nas respectivas Condições Gerais.

**2. Garantias do Contrato e Forma de Contratação**

Coberturas Básicas

Morte  
Morte Acidental

Coberturas Adicionais

Morte Extensão ao Cônjuge  
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA  
Invalidez Permanente por Acidente Majorada  
Invalidez Funcional Permanente por Doença - IFPD  
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas - DMHO  
Doenças Graves  
Funeral individual  
Diária de Incapacidade Temporária - DIT

Serviços de Assistência SulAmérica Vida Individual

Assistência Funeral (cônjuge e filhos/enteados até 18 anos), Rede de Desconto em Farmácias e Rede de Descontos.

Serviços de Assistência SulAmérica Vida Mulher: Assistência Funeral (cônjuge e filhos/enteados até 18 anos), Residencial, Faz Tudo, Apoio Psicológico (pós-sinistro), 2ª Opinião Médica Internacional, Assistência aos Filhos, Assistência à Vítima de Crime e Rede de Descontos em Farmácias.

**3. Riscos Excluídos** - Os riscos excluídos estão especificados nas Condições Gerais de cada cobertura e devem ser observados no momento do preenchimento da Proposta de Contratação.

**4. Carência** - PARA A COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES (DG), HAVERÁ CARÊNCIA DE 6 (SEIS) MESES, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE OU DO AUMENTO ESPONTÂNEO DE CAPITAL SEGURADO, SENDO A CARÊNCIA CONTADA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE OU DO AUMENTO DO VALOR DO CAPITAL SEGURADO. PARA A COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT) O PERÍODO DE CARÊNCIA SERÁ DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO PARA A COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, CUJO QUANDO O EVENTO GERADOR SEJA TIVER ORIGEM EMDECORRENTE DE LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LER (LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS), TAIS COMO TENDINITES, SINOVITES, TENOSSINOVITES, CERVICOBRAQUIALGIAS ARTRITES, BURSITES E TODOS OS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS INESPECÍFICOS RELACIONADOS A DORT (DISTÚRBIOS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO), LTC (LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO),



TENDINOPATIAS, EPICONDILITE OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; HÉRNIA TODAS, EXCETO APÓS TRATAMENTO CIRÚRGICO; DIÁLISE OU HEMODIÁLISE EM PACIENTES CRÔNICOS; CIRROSE HEPÁTICA; DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITEREUMATÓIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER; DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS; E LOMBALGIAS LOMBOCIATALGIAS, CIÁTICAS, SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA, PROTUSÕES DISCAIS DEGENERATIVAS E DORSOPATIAS; E DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA A COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, CUJUQUANDO O EVENTO GERADOR SEJA FOR DECORRENTE DE DOENÇA QUE NÃO ESTEJA PREVISTAO NO SUBITEM ACIMA. O PERÍODO DE CARÊNCIA É CONTADO A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE OU DO AUMENTO ESPONTÂNEO DE CAPITAL SEGURADO. CONFORME DISPOSTO NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PARA EVENTOS DECORRENTES DE SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA, O PRESENTE SEGURO TERÁ CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DO VALOR DE CAPITAL SEGURADO. PARA EVENTOS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS COBERTOS NÃO HÁ CARÊNCIA.

**5. Franquia:** para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária será estabelecida uma franquia de: 15 (quinze) dias para segurados que fazem parte da categoria profissional CLT; Para segurados que fazem parte da categoria profissional liberal ou autônomo a franquia poderá ser, conforme opção registrada na proposta de contratação: 10 (dez) dias para afastamento por doenças e acidentes, ou franquia reduzida de 07 (sete) dias para afastamento exclusivamente por acidente e 10 (dez) dias para doenças;

A franquia é dedutível por evento, exceto se o segurado voltar a se afastar em decorrência do mesmo evento dentro de sessenta dias contados da cessação do benefício anterior, nesse caso o Segurado não está sujeito ao cumprimento de nova Franquia.

**6. Condições de Contratação e Aceitação do Seguro** – A inclusão no seguro se dará através do preenchimento da Proposta de Contratação pelo proponente, assinada e entregue à seguradora, junto com a respectiva Declaração Pessoal de Saúde e Atividade. A proposta deverá ser aceita ou recusada no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados de seu recebimento pela seguradora. Vencidos os 15 (quinze) dias sem manifestação da seguradora, o seguro será considerado aceito.

**7. Elegibilidade** - Para contratação do SulAmérica Vida Individual e SulAmérica Vida Mulher são elegíveis pessoas físicas com idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.

**8. Início de Vigência** - Se a proposta for recebida com a antecipação de pagamento de prêmio, a vigência será às 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da Proposta de Contratação pela seguradora, desde que devidamente protocolada na SulAmérica. Se a proposta for recebida sem a antecipação de pagamento de prêmio, a vigência será as 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela, quando a opção de pagamento escolhida for boleto bancário, ou às 24 (vinte e quatro) horas do dia da ocorrência do débito, quando a opção de pagamento escolhida for débito em conta corrente.



Seguro de Vida administrado por Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A. – CNPJ: 01.704.513/0001-46. Número do processo SUSEP – SulAmérica Vida Individual / SulAmérica Vida Mulher: 15414.900707/2013-56.