

**PROPOSTA DE ADESÃO AO QUADRO ASSOCIATIVO DO VERTCON
CLUBE E AO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTÊNCIAIS**

ESTIPULANTE: Sind. Serv. Sertãozinho

ASSOCIADO: Aparecida Balco

RG/IDENTIDADE: 149049060 F SEXO: F E.CIVIL: Am ENDEREÇO: R. Fabio Segatto 615

BAIRRO: Ed. Santa Rosa CIDADE: Sertãozinho ESTADO: S.P. CEP:

CPF: 020.463.548-93 DATA DE NASCIMENTO: 28/2/60

TELEFONE COMERCIAL: TELEFONE RESIDENCIAL: (16) 3945.1776

INCLUSÃO OPCIONAL DO CÔNJUGE NO SEGURO DE VIDA

CONJUGE: mauro marciano

CPF: DATA DE NASCIMENTO: 20/4/69

COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA

MORTE (BÁSICA)	MORTE POR ACIDENTE	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTAL	INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL FUNCIONAL POR DOENÇA	DIT - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	DMH-O (DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES)
<u>10.000</u>	<u>20.000</u>	<u>10.000</u>	<u>—</u>	<u>33,33</u>	<u>300,00</u>

INCLUSÃO SUPLEMENTAR - ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL ODONTOLÓGICA

NOME	PARENTESCO	CPF	DATA NASCIMENTO

BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DE VIDA

NOME	%	PARENTESCO	DT. NASCIMENTO
<u>Danilo Balco da Cruz</u>			<u>07/6/81</u>
<u>Daniela Cristina da Cruz</u>			<u>29/9/82</u>
<u>mauro marciano Filho</u>			<u>20/6/01</u>

Solicito minha inclusão no quadro associativo do Vertcon Clube, bem como a minha inclusão e/ou do meu cônjuge na Apólice de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais, conforme Apólice em poder do Estipulante.

Autorizo o Vertcon Clube de Seguros a agir em meu nome em defesa dos meus direitos, a quem outorgo plenos poderes para negociar junto às Cias Seguradoras, taxas, custos, condições e garantias securitárias, bem como me representar junto a SUSEP-Superintendencia de Seguros Privados e, em qualquer esfera do poder Judiciário ou Governamental, podendo proceder a transferência a qualquer tempo para Seguradora diversa de sua preferência, sempre que julgar necessário.

Autorizo o Estipulante a proceder mensalmente o desconto em minha Folha de Pagamento e/ou conta corrente dos valores por mim contratados, para fazer face as coberturas do Seguro de Vida e dos Benefícios Assistenciais, bem como a proceder os ajustes necessários destes valores sempre que houver a mudança de faixa etária de acordo com as condições negociadas em cada Apólice. Os valores descontados deverão ser repassados diretamente ao Vertcon Clube de Seguros.

Estou ciente que os valores descontados em minha Folha de Pagamento ou conta corrente referem-se a somatória dos Custos mensais do Seguro de Vida e dos Serviços Assistenciais e Emergenciais, conforme demonstrativo abaixo, e que a falta de margem consignável implicará automaticamente na suspensão de todas as coberturas.

O início de vigência das coberturas dos Serviços e do Seguro de Vida se dará a partir do 1º. dia do mês subsequente ao primeiro desconto em folha de pagamento.

CUSTO DO SEGURO	CUSTO DOS SERVIÇOS	ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA-AGREGADO	CUSTO TOTAL
<u>45,00</u>		<u>10,00</u>	<u>55,00</u>

Sertãozinho 22/02/10
Local / Data

Aparecida Balco
Assinatura do Associado



American Life Companhia de Seguros
CNPJ: 67.865.360/0001-27
Rua Minas Gerais, 209 - Consolação
São Paulo - SP CEP 01244-011
Tel (11) 3017-0022 -
www.alseg.com.br

CARTÃO PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS

ESTIPULANTE <i>Sord. Serw. Sertãozinho</i>				APÓLICE VG/AP N.	
SUB-ESTIPULANTE				SUB-GRUPO	
PROPONENTE PRINCIPAL: <i>Aparecida Balco</i>				CPF <i>020.463.548-93</i>	
Data de Nascimento <i>28/2/60</i>	Data de admissão	Sexo <i>F</i>	Estado Civil <i>Am.</i>	Doc. Identidade <i>149079060</i>	
Órgão emissor	Data de emissão	Profissão	COD. PLANO	Início de Vigência	
CÔNJUGE: <i>Mauro Marciano</i>				CPF	
Data de Nascimento <i>20/4/64</i>	Sexo <i>m</i>	Estado Civil <i>Am.</i>	Doc. Identidade	Órgão Emissor	Data de Emissão

COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS

VIDA EM GRUPO					ACIDENTES PESSOAIS				
TIPO	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	IPA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	IPDF - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	MORTE ACIDENTAL	IPA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	DIT - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE	DMH - DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES	CUSTO MENSAL VG+APC
TITULAR	<i>10.000</i>	<i>10.000</i>	<i>10.000</i>	<i>-</i>	<i>10.000</i>	<i>-</i>	<i>33,33</i>	<i>300,00</i>	
CÔNJUGE							<i>1</i>		

OBS: - O CAPITAL DE MORTE ACIDENTAL JÁ INCLUI O CAPITAL DE MORTE NATURAL

BENEFICIÁRIOS

NOME	DT. NASCIMENTO	PARENTESCO	% PARTIC.
<i>Daniel Balco da Cruz</i>	<i>07/6/81</i>		
<i>Vanilla Cristina da Cruz</i>	<i>29/9/82</i>		
<i>Mauro Marciano Filho</i>	<i>20/6/01</i>		

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

RESPONDA AS PERGUNTAS ABAIXO, ESCRREVENDO POR EXTENSO AS PALAVRAS 'SIM' E 'NÃO' E AS EXPLICAÇÕES QUANDO FOR O CASO (UTILIZE O VERSO SE NECESSÁRIO)

1) Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho? Principal: <i>não</i> Cônjuge:	6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? cite-os Principal: <i>não</i> Cônjuge:
2) Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabetes e Gota? Caso positivo informar as datas e resultados. Principal: <i>não</i> Cônjuge:	7) Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? cite-os Principal: <i>não</i> Cônjuge:
3) É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente? Esclareça. Principal: <i>não</i> Cônjuge:	8) Informe o peso e altura Principal: <i>73</i> <i>1.68</i> Cônjuge: <i>Peso</i> <i>Altura</i>
4) Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação? Principal: <i>não</i> Cônjuge:	9) Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a Seguradora e o motivo da indenização. Principal: <i>não</i> Cônjuge:
5) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação), inclusive biópsia? Quais? (Anexar exames clínicos e laboratoriais) Principal: <i>não</i> Cônjuge:	

Nomeio a Empresa acima identificada como Estipulante da Apólice com os poderes constantes do Artigo 801 do Código Civil Brasileiro, vedado o cancelamento do certificado individual sem minha solicitação formal, com poderes para contratar e renovar a Apólice de Seguro com a American Life Companhia de Seguros.

Aparecida Balco
Assinatura do Proponente

CORRETOR:

Registro Susep

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO, TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR NA DATA DE VENCIMENTO, SEM A DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS, NOS TERMOS DA APÓLICE.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concorde que as declarações que prestei façam parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) a ser(em) celebrado(s) com a Sociedade 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 ou sigilo profissional.

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações apresentadas são verdadeiras e completas. Ciente como estou de que de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderei o direito ao valor do seguro, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido. Declaro ainda que tomei ciência das condições gerais do seguro, com as quais concordo plenamente.

Local *Sertãozinho* data *22/01/10*

Aparecida Balco
Assinatura do proponente

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

ESTIPULANTE / EMPREGADOR:

Sind. Serv. Sertãozinho

NOME DO FUNCIONÁRIO / SERVIDOR:

Aparecida Balco

MATRICULA

93442

CPF

020.463.548-93

Autorizo o meu empregador a proceder mensalmente o desconto em minha Folha de Pagamento dos valores abaixo discriminados, para fazer face as despesas e compromissos por mim assumidos, junto ao **VERTCON CLUBE DE SEGUROS**.

Autorizo ainda a proceder automaticamente o ajuste destes valores sempre que houver mudança de faixa etária conforme condições negociadas em cada apólice.

Estou ciente de que os valores descontados referem-se a somatória dos Custos mensais do Seguro de Vida e dos Serviços Assistências Vertcon Clube.

VALOR DO DESCONTO

- 55,00 -

VALOR POR EXTENSO

cinquenta e cinco reais

Sertãozinho

LOCAL / DATA

, 22/02/10

Aparecida Balco

ASSINATURA DO EMPREGADO/SERVIDOR



ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

O funcionário ou associado identificado declara, para todos os fins, que nesta data exerce opção pelo Plano de Assistência Odontológica AESP EMPRESARIAL, AUTORIZANDO o desconto mensal total pela empresa em folha de pagamento, não caracterizando obrigação da empresa sobre esse benefício.

Eu, Aparecida Balco, portador(a) do R.G. número 149079060, C.P.F. 220.463.548-93 Data Nasc. 28/02/60
End. Res. Fabio Segatto 615
Bairro: 7d. Santa Rosa Cidade: Sertãozinho CEP: 13945-1776 Estado: SP
Telefone: 13945.1776 Celular: _____ funcionário ou associado da empresa _____, autorizo o desconto mensal em folha de pagamento e/ou de meus dependentes e agregados, conforme opção pelo Plano Odontológico AESPEMPRESARIAL.

Declaro conhecer todas as cláusulas contratuais, e que não poderei cancelar minha participação antes de 18 meses exceto em caso de demissão, ou pagar as despesas do material utilizado durante a vigência deste contrato, com base na tabela da CNCC (comissão Nacional de Convênio e Credenciamento).

Dependentes: Esposa(o), Companheira(o), Filhas(os) e equiparados.

Agregados: Pai, Mãe, Sogra(o), Filhas(os) maiores conforme legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social

Nome: Mauro Marciano Data Nasc. 20/04/64
Parentesco Conjuge R.G. _____

Nome: Mauro Marciano Filho Data Nasc. 20/06/01
Parentesco Filho R.G. _____

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____
Parentesco _____ R.G. _____

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____
Parentesco _____ R.G. _____

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____
Parentesco _____ R.G. _____

VALOR TOTAL A SER DESCONTADO: R\$ _____ 1º desconto em ____/____/____
São Paulo, ____ de ____ de ____

Assinatura do funcionário: Aparecida Balco

Responsável pelo menor: _____