



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 VERTCON CLUBE DE SEGUROS					APÓLICE VGIAP N. 001.93.00000613					
SUB-ESTIPULANTE					SUB-GRUPO					
PROPOSTANTE PRINCIPAL: Josita Alves Pereira					10/9. 816. 968. 06					
Data de Nascimento 26/05/1950		Data de admissão		Sexo: F	Estado Civil: V		Doc. Identidade 10.328.954.9			
Órgão emissor		Data de emissão		Profissão		COD. PLANO		Início de Vigência		
ENDEREÇO Vitorio mazzer					NUMERO 522		COMPLEMENTO			
BAIRRO Lawrence Demici			CIDADE Santaquinha		ESTADO SP		CEP 134177-150			
CÔNJUGE:					CPF					
Data de Nascimento		Sexo		Estado Civil		Doc. Identidade		Órgão Emissor		Data de Emissão

COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS

TIPO	VIDA EM GRUPO				ACIDENTES PESSOAIS				
	MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL	IPA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	IPOF - 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	5000	5000	5000		5000		2333	210	
CÔNJUGE									

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

BENEFICIÁRIOS

NOME	DT. NASCIMENTO	PARENTESCO	% PARTICIPAÇÃO
Claudemis Batista do nascimento	18/05/70	filho	25
Vilma Ap. Alves do nascimento	05/07/79	filha	25
Estes Jandira Batista do nascimento	24/11/84	filha	25
José Batista do nascimento	03/11/86	filho	25

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAUDE 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: nao Cônjuge:	6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? cite-os Principal: nao Cônjuge:
2) Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabétes e Gota? Caso positivo informar as datas e resultados. Principal: nao Cônjuge:	7) Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? cite-os Principal: nao Cônjuge:
3) É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente? Esclareça. Principal: nao Cônjuge: 1	8) Informe o peso e altura Principal: 60 Altura 154 Cônjuge: Peso Altura
4) Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação? Principal: nao Cônjuge:	9) Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a Seguradora e o motivo da indenização Principal: nao Cônjuge:
5) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação), inclusive biópsia? Quais? (Anexar exames clínicos e laboratoriais). Principal: nao 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.

Josita Alves Pereira
Assinatura do Proponente

CORRETOR: **VERTCON ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA** Registro Susep **059726.1.036512-2**

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. Concordo 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 **Santaquinha** data **26/01/2009**

Josita Alves Pereira
Assinatura do proponente

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

ESTIPULANTE / EMPREGADOR:

NOME DO FUNCIONÁRIO / SERVIDOR:

Joséta Alves Pereira

MATRICULA

CPF

019.816.96806

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 a **AMERICAN LIFE CIA 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 em Grupo e Acidentes Pessoais..

VALOR DO DESCONTO

60,00

VALOR POR EXTENSO

sessenta reais

Santarém, 26/01/2009

LOCAL / DATA

Joséta Alves Pereira
ASSINATURA DO EMPREGADO/SERVIDOR



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

ESTIPULANTE

ASSOCIADO: Sosita Alves Pereira CPF: 039.816.96806 DATA DE NASCIMENTO: 26/05/1950

RG/IDENTIDADE: 10.328.954-9 SEXO: F E.CIVIL: V ENDEREÇO: Vitorino Mazzer nº 522

BAIRRO: Conf. Habit. Juvêncio CIDADE: Sertãozinho ESTADO: SP CEP: 14775-50 TELEFONE COMERCIAL: 0108-4273 TELEFONE RESIDENCIAL: 0108-4273

INCLUSÃO OPCIONAL DO CÔNJUGE NO SEGURO DE VIDA

CÔNJUGE: _____ CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

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>5.000,00</u>	<u>10.000,00</u>	<u>5.000,00</u>	<u>—</u>	<u>23,33</u>	<u>150,00</u>

INCLUSÃO SUPLEMENTAR - ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL ODONTOLÓGICA

NOME	PARENTESCO	CPF	DATA NASCIMENTO

BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DE VIDA

NOME	%	PARENTESCO	DT. NASCIMENTO
<u>Claudemir Batista do Nascimento</u>	<u>25</u>	<u>filho</u>	<u>18/05/70</u>
<u>Fulma Ap. Alves do Nascimento</u>	<u>25</u>	<u>filha</u>	<u>05/07/74</u>
<u>Esther Jamaina Batista do Nascimento</u>	<u>25</u>	<u>filha</u>	<u>24/11/84</u>
<u>José Batista do Nascimento</u>	<u>25</u>	<u>filho</u>	<u>03/11/86</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>40,00 + 200,00</u>

Sertãozinho, 26/01/2009
Local / Data

Sosita Alves Pereira
Assinatura do Associado