

**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, MARCIA APARECIDA ZAGHI, portador(a) do R.G. número 30.195.325-9, C.P.F. 279.564.258-16 Data Nasc. 28/07/29  
End. Res. R. BANXITA, 120  
Bairro: CHAC. COFADO Cidade: ARUJA CEP: 07400-000 Estado: SP  
Telefone: 4654-2079 Celular: 9109-8098 funcionário ou associado da empresa PREFEITURA - ARUJA, autorizo o desconto mensal em folha de pagamento e/ou de meus dependentes e agregados, conforme opção pelo Plano Odontológico AESP EMPRESARIAL.

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: MARCELA ZAGHI GALHARDO Data Nasc. 09/04/99  
Parentesco FILHA C.P.F. \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_  
Nome: PIETRA ZAGHI MORAES Data Nasc. 19/02/05  
Parentesco FILHA C.P.F. \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ C.P.F. \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ C.P.F. \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ C.P.F. \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_

VALOR TOTAL A SER DESCONTADO: **RS** 36,00 1º desconto em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
São Paulo, 05 de NOVEMBRO de 2010.

Assinatura do funcionário: [assinatura]

Responsável pelo menor: \_\_\_\_\_

31



# PROPOSTA DE ADESAO AO QUADRO ASSOCIATIVO DO VERTCON CLUBE E AO PLANO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

ESTIPULANTE		ASSOCIADO		CPF	DATA DE NASCIMENTO
MARCIA APARECIDA ZAGHI		MARCIA APARECIDA ZAGHI		279.564.258-16	28/07/79
RG/IDENTIDADE	SEXO	E. CIVIL	ENDEREÇO		
30.195.325-9	F	Solte	R. BANDEIRA, 420		
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP	TELEFONE COMERCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL
CHAC. COFACO	ARUJA	SP	07400/000	4654-2029	9709-8096

INCLUSÃO OPCIONAL DO CÔNJUGE NO SEGURO DE VIDA		CPF	DATA DE NASCIMENTO
CONJUGE			

### 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)
5,000,00	10,000,00	5,000,00		23,33	210,00

### INCLUSÃO SUPLEMENTAR - ASSISTÊNCIA EMERGENCIAL ODONTOLÓGICA

NOME	PARENTESCO	CPF	DATA NASCIMENTO

### BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DE VIDA

NOME	%	PARENTESCO	DT. NASCIMENTO
Mikaela Zaghi Galhardo	50	FILHA	09/04/99
Pietra Zaghi Morais	50	FILHA	19/02/05

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
15,35		36,00	51,35

ARUJA, 05, 11, 10  
Local / Data

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 <b>VERTCON CLUBE DE SEGUROS</b>		APÓLICE VG/AP N. <b>001.93.00000613</b>	
SUB-ESTIPULANTE		SUB-GRUPO	
PROPONENTE PRINCIPAL: <b>MÁRCIA APARECIDA ZABITI</b>		CPF <b>279.564.258-16</b>	
Data de Nascimento <b>28/07/79</b>	Data de admissão	Sexo <b>FEMININO</b>	Estado Civil <b>SOLTEIRA</b>
Órgão emissor	Data de emissão	Profissão	Doc. Identidade <b>30.195.325-9</b>
ENDEREÇO <b>R. BANXEITA,</b>		NUMERO <b>420</b>	COMPLEMENTO
BAIRRO <b>CITAC. COPACO</b>	CIDADE <b>ARUJA'</b>	ESTADO <b>SP</b>	CEP <b>07400-000</b>
CÔNJUGE:			
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			CUSTO MENSAL VG+APC	
	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
TITULAR	<b>5.000,00</b>	<b>5.000,00</b>	<b>5.000,00</b>		<b>5.000,00</b>		<b>23,33</b>	<b>210,00</b>
CÔNJUGE								

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

### BENEFICIÁRIOS

NOME	DT. NASCIMENTO	PARENTESCO	% PARTIC.
<b>MIKAEIA ZABITI GALHARDO</b>	<b>09/04/99</b>	<b>FILHA</b>	<b>50</b>
<b>PIETRA ZABITI MORAIS</b>	<b>19/02/05</b>	<b>FILHA</b>	<b>50</b>

### DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAUDE E ATIVIDADE

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

1) Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho? Principal: <b>nao</b> Cônjuge:	6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? - cite-os Principal: <b>nao</b> Cônjuge:
2) Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabetes e Gota? Caso positivo informar as datas e resultados. Principal: <b>nao</b> Cônjuge:	7) Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? cite-os Principal: <b>nao</b> Cônjuge:
3) É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente? Esclareça. Principal: <b>nao</b> Cônjuge:	8) Informe o peso e altura Principal: Peso <b>56</b> Altura <b>1,61</b> 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: <b>nao</b> Cônjuge:	9) Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a Seguradora e o motivo da indenização Principal: <b>nao</b> Cônjuge:
5) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação), inclusive biópsia? Quais? (Anexar exames clínicos e laboratoriais). Principal: <b>nao</b> 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.

*[Assinatura]*  
Assinatura da 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 omite 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 **ARUJA'** data **05.11.10**

*[Assinatura]*  
Assinatura do proponente

## AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

ESTIPULANTE / EMPREGADOR:

NOME DO FUNCIONÁRIO / SERVIDOR:

MARCIA APARECIDA ZAGHI

MATRICULA

37.378

CPF

279.564.258-16

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

51,35

VALOR POR EXTENSO

CINQUENTA E UM REAIS E TRINTA E CINCO CENTAVOS

ARUJA, 05/11/10

LOCAL / DATA



ASSINATURA DO EMPREGADO/SERVIDOR