



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

ESTIPULANTE Sindicato Sertãozinho CPF 175.446.508-04 DATA DE NASCIMENTO 17/03/65
ASSOCIADO Vilma Temazini
RG/IDENTIDADE 29.906.833-4 SEXO F E. CIVIL A ENDEREÇO R. João Marques 71
BAIRRO Alto Ginásio Sertãozinho ESTADO S.P. CEP 14169-212 TELEFONE COMERCIAL TELEFONE RESIDENCIAL 39486548

INCLUSÃO OPCIONAL DO CÔNJUGE NO SEGURO DE VIDA

CONJUGE João Luis Alves CPF DATA DE NASCIMENTO 22/06/66

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</u>	<u>10.000</u>	<u>5.000</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>Alison Rahum</u>			<u>13/08/84</u>
<u>Letícia Cahum</u>			<u>12/01/88</u>
<u>Leonardo Cahum</u>			<u>12/01/88</u>
* <u>Lúcia Adriani Temazini Alves</u>			<u>08/03/01</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 - Superintendência 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>28,00</u>		<u>10,00</u>	<u>38,00</u>

Sertãozinho 17, 08, 09
Local / Data

Vilma Temazini
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

SORTEIO MENSAL
[] R\$ 20.000,00
[] R\$ 10.000,00
[] NENHUM

APÓLICE VG/AP N.

ESTIPULANTE VERTCON CLUBE DE SEGUROS		SUB-GRUPO	
SUB-ESTIPULANTE Sindicato sertãozinho			
PROponente PRINCIPAL: Vilma Tomazini		CPF 175.446.508-04	
Data de Nascimento 17/03/65	Data de admissão	Sexo: F	Estado Civil: A
Órgão emissor	Data de emissão	Profissão	COD. PLANO
Doc. Identidade 20906833-4		Início de Vigência	
ENDEREÇO R: João Marques		NUMERO 1	COMPLEMENTO
BAIRRO Alto do ginásio	CIDADE Sertãozinho	ESTADO S.P.	CEP 14169-212
CÔNJUGE: João Luís Alves		CPF	
Data de Nascimento 22/06/66	Sexo m	Estado Civil A	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	DMH - DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES	
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	% PARTIC.
Alison Cahum	13/08/84		
Letícia Cahum	12/01/88		
Leonardo Cahum	12/01/88		
Livia Adriani Tomazini Alves	07/03/04		

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: não Cônjuge:	6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Principal: não Cônjuge:
2) Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabétes e Gota? Caso positivo informar as datas e resultados. Principal: não Cônjuge:	7) Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Principal: não Cônjuge:
3) É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente? Esclareça. Principal: não Cônjuge:	8) Informe o peso e altura Principal: Peso 72 Altura 1.65 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: não Cônjuge:	9) Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a Seguradora e o motivo da indenização. Principal: não Cônjuge:
5) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação), inclusive biópsia? Quais? (Anexar exames clínicos e laboratoriais). Principal: não 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.

Vilma Tomazini
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. 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 **17.08.09**

Vilma Tomazini
Assinatura do proponente

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

ESTIPULANTE / EMPREGADOR:

Sindicato Sertãozinho

NOME DO FUNCIONÁRIO / SERVIDOR:

Vilma Tomazini

MATRICULA

93250

CPF

175.446.508-04

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

— 38,00 —

VALOR POR EXTENSO

Trinta e oito reais

Sertãozinho, 17/08/09

LOCAL / DATA

Vilma Tomazini

ASSINATURA DO EMPREGADO/SERVIDOR