

SUSEP RISCOS: 10.000445/00-26, 10.000450/00-66, 10.000452/00-91, 10.000451/00-29, 10.000448/00-14, 10.000444/00-63.

ORIGEM/ PROPOSTA (DE CONTRATAÇÃO) Nº	NOME DA CORRETORA	SUSEP
--------------------------------------	-------------------	-------

**DADOS PESSOAIS (Preenchimento Obrigatório)**

NOME			
CPF	R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO
DATA DE NASCIMENTO	E-MAIL	TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL		CPF DO RESPONSÁVEL	

**ALTERAÇÃO NA CONTRIBUIÇÃO (Marque a opção desejada)**

<b>OPÇÕES</b> 1. AUMENTAR      3. INCLUIR      5. REATIVAR 2. REDUZIR      4. EXCLUIR      6. SUSPENDER		VALOR DO SALÁRIO R\$:			
OPÇÃO	TIPO DE COBERTURA	NOVA CONTRIBUIÇÃO (R\$)	NOVO BENEFÍCIO (R\$)	A PARTIR DE (dd/mm/aaaa)	PERÍODO* (MESES)
<input type="checkbox"/>	RENDA VITALÍCIA**				
<input type="checkbox"/>	RENDA TEMPORÁRIA (EXCLUSIVO PARAPLANO INFANTIL)				
<input type="checkbox"/>	PECÚLIO				
<input type="checkbox"/>	PENSÃO AOS MENORES				
<input type="checkbox"/>	PENSÃO AO CÔNJUGE OU COMPANHEIRA (O)				
<input type="checkbox"/>	PENSÃO POR PRAZO CERTO <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS				
<input type="checkbox"/>	RENDA POR INVALIDEZ				
<input type="checkbox"/>	INVALIDEZ COM PRAZO MÍNIMO GARANTIDO <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS				

\* Somente em caso de suspensão por período determinado.  
 \*\* Em caso de alteração de contribuição informar % de distribuição

Obs: Esta alteração deve ser solicitada 20 (vinte) dias antes do vencimento, caso contrário, a mesma será feita no mês subsequente. As Coberturas de Risco são canceladas com a suspensão do pagamento por prazo superior a 90 (noventa) dias.  
 Importante: Para reativação de coberturas de risco, é necessário efetuar o pagamento do período da suspensão inferior a 90 (noventa) dias, caso contrário serão canceladas.

**% DE DISTRIBUIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO DOS FUNDOS VINCULADOS AO PLANO (Utilizar somente quando plano multifundos)**

RENDA FIXA \_\_\_\_\_ %     SOBERANO RENDA FIXA\* \_\_\_\_\_ %     COMPOSTO \_\_\_\_\_ %     RV25 \_\_\_\_\_ %     RV45 \_\_\_\_\_ %

\*Somente para os planos empresariais

**OBSERVAÇÕES**

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório o preenchimento de próprio punho quando houver aumento, reativação e/ou inclusão das Coberturas de Risco, bem como entrega do formulário em qualquer uma de nossas Regionais/Sucursais.**  
 Quando a resposta à qualquer das questões abaixo for afirmativa, é necessário o detalhamento do item no bloco "Especificação", situado ao término das questões.

ITEM	DESCRIÇÃO	PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO
1	É aposentado(a)? <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Por Invalidez	
2	Está ou esteve afastado(a) do trabalho nos últimos 3 (três) anos, por doença ou acidente? Em caso afirmativo, esclareça o período e o motivo.	
3	Sofre de alguma doença? Em caso afirmativo, esclareça qual e há quanto tempo sofre.	
4	Encontra-se em tratamento médico no momento? Em caso afirmativo, esclareça qual.	
5	Sofre ou já sofreu de algum episódio de pressão arterial aumentada? Foi medicado (a)? Em caso afirmativo, esclareça a data e o medicamento.	
6	Sofre de diabetes? Em caso afirmativo, esclareça qual tipo e se faz uso de algum medicamento/tratamento (especificar).	
7	Já realizou exames que tenham apresentado resultados alterados, tais como ressonância magnética, rx, tomografia, biópsia, ultrassonografia, endoscopia, exames de sangue ou qualquer outro? Em caso afirmativo, anexar os resultados dos exames.	
8	Já foi submetido a internação hospitalar? Em caso afirmativo, esclareça a data, o motivo e o tratamento realizado.	
9	Já realizou quimioterapia, radioterapia ou cobaltoterapia? Em caso afirmativo, esclareça qual, por que e a data inicial.	
10	Você já fez tratamento, recebeu medicação ou esteve internado pelo uso excessivo de álcool nos últimos 5 anos? Em caso afirmativo, esclareça o tratamento.	
11	Faz uso rotineiro de algum medicamento? Em caso afirmativo, citar qual e há quanto tempo.	
12	Tem ou teve alguma doença oftalmológica como catarata, glaucoma, descolamento de retina, ceratocorne e outras? Possui deficiência visual mesmo com o uso de óculos ou lentes de contato?	
13	Apresenta miopia, astigmatismo e hipermetropia? Em caso afirmativo, esclareça qual o grau.	
14	Apresenta redução da audição? Em caso afirmativo, anexar a última audiometria realizada.	
15	É portador de redução funcional de algum órgão decorrente de acidente ou doença? Em caso afirmativo, esclareça.	
16	Já recebeu algum tipo de indenização por sociedade seguradora? Quando? <input type="checkbox"/> Invalidez/Pensão <input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Acidentes Pessoais	
17	É tripulante amador ou exerce alguma atividade em qualquer tipo de aeronave? Pratica habitualmente de forma amadora ou profissional, algum tipo de esporte? Em caso afirmativo, esclareça qual o tipo de esporte e com qual frequência é praticado.	
18	É fumante <input type="checkbox"/> Ex-fumante <input type="checkbox"/> Há quanto tempo?	
19	Possui outros seguros? Em caso afirmativo, especifique o valor da cobertura e o nome da seguradora. <input type="checkbox"/> Invalidez/Pensão <input type="checkbox"/> Incapacidade Temporária <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Acidentes Pessoais	
20	<b>ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL</b> IDADE _____ ALTURA _____ PESO _____ DATA _____ MÁX. _____ MIN. _____ ANOS _____ m _____	

AUTENTICAÇÃO - PROTOCOLO ELETRÔNICO

**ITEM ESPECIFICAÇÃO (ESPECIFIQUE O NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC).**

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações por mim prestadas, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei o direito à indenização, caso tenha ocorrido omissão de informações, o que põe em risco a aceitação e validade da solicitação de aumento e/ou inclusão das Coberturas de Risco, conforme previsto no Artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

LOCAL E DATA

ASSINATURA PARTICIPANTE / SEGURADO

Informações e dúvidas consulte nossa Central de Atendimento Vida e Previdência de segunda à sexta das 8h às 18h30min - Telefones: (11) 3366-3377/ 0800-7279393 e teclie a opção 4 para enviar este formulário via FAX.