

Nº do Contrato

Nº do Sub

PARA USO DA SEGURADORA

Seguro

Certificado nº

Início de Vigência

Apólice VG

Apólice APC

☐ Novo ☐ Atualização

ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE

Estipulante

Cód.(Uso Seguradora)

Subestipulante

Cód.(Uso Seguradora)

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo

Data de Nascimento

Idade

Sexo

☐ F ☐ M

Nº de Filhos

Estado Civil

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo

CPF

☐ Titular ☐ Dependente

Natureza do Documento

Órgão Expedidor

Nº do Documento

Data de Expedição

Ocupação Principal

Código

Empresa em que Trabalha

Renda Mensal Bruta R\$

É pessoa politicamente exposta?¹

☐ Não ☐ Sim Especificar:

Categoria

☐ Empregador ☐ Outros ☐ Empregado ☐ Autônomo ☐ Serv. Público

Av./Rua

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

DDD

Telefone

DDD

Celular

E-mail

Residente no Brasil?

☐ Sim ☐ Não

Nome Cônjuge (no caso de sua inclusão no seguro)

Data de Nascimento

Idade

CPF

☐ Titular ☐ Dependente

Ocupação Principal

Código

CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS

TITULAR

Morte R\$

MAC R\$

DCF R\$

TO R\$

DMHO R\$

RCM R\$

Limite de diárias DIT ou DITA

☐ DIH ☐ DIHA ☐ DIT ☐ DITA

☐ 60 dias ☐ 90 dias ☐ 120 dias ☐ 180 dias ☐ 365 dias

R\$

☐ DG ☐ IFPD ☐ IFPDA ☐ ADT

R\$

☐ IPA ☐ IPTA ☐ IPAM

R\$

Prêmio Titular R\$

CÔNJUGE

Morte R\$

MAC R\$

ADT R\$

☐ IPA ☐ IPTA ☐ IPAM

R\$

Prêmio Cônjuge R\$

SEGURO ASSISTÊNCIA FUNERAL

R\$

☐ Somente Reembolso ☐ Reembolso ou Serviço

☐ Familiar ☐ Individual

☐ Complementar ☐ Dedutível

Prêmio Ass. Funeral R\$

FILHOS

Morte R\$

MAC R\$

ADT R\$

Prêmio Filhos R\$

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Valor Mensal R\$

Nº de Meses

Prêmio Aux. Alim. R\$

PRÊMIO TOTAL R\$

M: Morte | MAC: Morte Acidental | IPA: Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente | IPTA: Invalidez Permanente Total por Acidente | IPAM: Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração | IFPDA: Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação | IFPD: Invalidez Funcional Permanente Total por Doença | SAF: Seguro Assistência Funeral | ADT: Adiantamento por Doença Terminal | RCM: Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte | DCF: Doença Congênita dos Filhos | DMHO: Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente | DIT: Diárias por Incapacidade Temporária | DITA: Diária de Incapacidade Temporária por Acidente | DG: Doenças Graves | TO: Transplante de Órgãos | DIH: Diária por Internação Hospitalar | DIHA: Diária por Internação Hospitalar por Acidente | AAL: Auxílio Alimentação

BENEFICIÁRIOS

Nome Completo

Data de Nascimento

Parentesco*

Participação %

* A - Avô(ó); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum
As informações sobre atualizações, benefícios e processos SUSEP constam da via do proponente (Notas Explicativas).
Esta proposta só poderá ser considerada se acompanhada de Declaração Pessoal de Saúde preenchida e assinada.

¹A definição de pessoa politicamente exposta encontra-se nas notas explicativas.

Espaço para relógio de protocolo

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a MONGERAL AEGON tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MONGERAL AEGON no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor já aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

PARA USO DA SEGURADORA

Convênio de Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Regional	Gerente de Sucursal	Sub Gerente
Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2	Agente de Fidelização		

PARA USO DO CORRETOR

Nome Corretor	Código SUSEP	Assinatura

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. **Comprometo-me a informar à Seguradora a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após o preenchimento desta proposta, durante a vigência do(s) plano(s) por mim contratado(s), conforme os termos definidos na circular SUSEP 445/2012. Declaro, ainda, que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos das condições gerais dos planos escolhidos, inclusive quanto à atualização monetária e reenquadramento etário, que ocorrerão anualmente, quando previsto no plano, no mês de aniversário do contrato coletivo.** Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos/condições gerais sabendo, desde já, que a aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante/ Subestipulante da(s) apólice(s) em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais e especiais da(s) referida(s) apólice(s), devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. No entanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão o direito a cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento expresso, enquanto o pagamento dos prêmios ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente de que a(s) apólice(s) poderá(ão) não ser renovada(s) em seu aniversário, por decisão do Estipulante/ Subestipulante ou da Seguradora.

Local e Data	Assinatura do Proponente
--------------	--------------------------

FORMA DE PAGAMENTO

☐ Arrecadação pelo Estipulante/Subestipulante - O procedimento de cobrança será de responsabilidade única e exclusiva do Estipulante/Subestipulante, ficando este responsável por quaisquer consequências advindas da execução deste procedimento.

☐ Boleto Bancário	Periodicidade	Dia
	Mensal	☐ 01 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25

☐ Débito em Conta Corrente

Nº Inst. Financeira	Instituição Financeira	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Código do Órgão	A partir de
Nome do Titular da Conta				CPF	

Autorizo a instituição financeira acima designada a debitar na conta corrente, o valor correspondente aos prêmios do(s) plano(s) contratado(s) nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela seguradora à instituição financeira. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente em conta para a finalidade, isentando a instituição financeira de toda e qualquer responsabilidade na hipótese de insuficiência de fundos para quitação do valor da parcela devida. Declaro-me ciente de que a instituição financeira poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento, quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da(s) seguradora(s) ou da instituição financeira informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data	Assinatura do Correntista
--------------	---------------------------

NOTAS EXPLICATIVAS

SEGURADORA

As coberturas de Seguro de Pessoas previstas nesta proposta são garantidas pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. - CNPJ: 33.608.308/0001-73.

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na Circular SUSEP 445/2012.

BENEFÍCIOS

Morte (M): garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental, do segurado.

Morte Acidental (MAC): garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte por acidente do segurado.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): garante uma indenização ao segurado, em caso de invalidez permanente, total ou parcial, por acidente.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): garante uma indenização ao segurado, em caso de invalidez permanente total por acidente.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente com Majoração (IPAM): garante uma indenização ao próprio segurado, em caso de invalidez permanente total ou parcial, por acidente. Em caso de perda total de: visão de um olho, uma mão ou um polegar (inclusive o metacarpiano), a indenização será de 100% do capital segurado.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA): garante uma indenização ao segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda de sua existência independente.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): garante uma indenização ao segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda de sua existência independente.

Seguro Assistência Funeral (SAF): garante a realização e/ou reembolso das despesas com o funeral, limitado ao valor do capital segurado, a quem comprovar seu custeio mediante apresentação das Notas Fiscais originais do serviço.

Adiantamento por Doença Terminal (ADT): garante a antecipação de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso verificado o estado terminal da doença do segurado.

Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM): garante uma indenização ao Estipulante/Subestipulante, limitado ao valor do capital segurado, referente às despesas com rescisão e realocação em caso de morte do segurado.

Doença Congênita dos Filhos (DCF): garante uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita.

Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO): garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado, decorrentes de acidente coberto.

Diárias por Incapacidade Temporária (DIT): garante uma indenização ao segurado, em caso de incapacidade total e temporária, causada por acidente ou doença.

Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): garante uma indenização ao segurado, em caso de incapacidade total e temporária, causada por acidente.

Doenças Graves (DG): garante uma indenização, ao segurado, em caso de diagnóstico definitivo de câncer, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, cirurgia de revascularização miocárdio com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (Bypass) e doença de alzheimer.

Transplante de Órgãos (TO): garante uma indenização, ao segurado, caso este venha a se submeter a transplante de coração, fígado, córnea, rim ou medula óssea.

Diária por Internação Hospitalar (DIH): garante o pagamento de uma diária segurada, para cada dia de internação hospitalar, causada por acidente ou doença.

Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): garante o pagamento de uma diária segurada, para cada dia de internação hospitalar, causada por acidente.

Auxílio Alimentação (AALI): garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental do segurado para auxiliar no custeio das despesas de alimentação da família.

CARÊNCIA E FRANQUIA DIT

Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 meses.

Se contratada(s), para a(s) cobertura(s) de:

- 1) DIT haverá carência de 150 dias para eventos decorrentes de diálise ou hemodiálise, cirrose hepática; e doenças progressivas, e 60 dias para demais doenças.
- 2) DCF haverá carência de 9 meses.
- 3) DIH, DG e TO haverá carência de 90 dias.
- 4) DIT e DITA haverá uma franquia de 10 dias por evento, cujo valor correspondente será descontado da indenização, em caso de evento coberto e uma franquia simples de 2 dias para as coberturas de DIH e DIHA.
- 5) DG haverá um período de sobrevivência de 30 dias a contar da data do diagnóstico da doença, para que o segurado se torne elegível à cobertura contratada. Se a morte ocorrer durante o período de sobrevivência, nenhuma indenização será devida.

As coberturas de IFPD, DIT, DITA, DIH e DIHA, se contratadas, serão automaticamente canceladas, quando o participante completar 70 anos. As coberturas de DG e TO, se contratadas, serão automaticamente cancelada após a primeira indenização ou quando o participante completar 70 anos, o que ocorrer primeiro.

A cobertura de ADT, se contratada, estará extinta se o segurado sobreviver após a previsão de 6 meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente a esta cobertura.

BENEFICIÁRIOS

Para as coberturas de Auxílio Alimentação, Morte e Morte por Acidente contratadas para o segurado, serão considerados aqueles indicados na proposta de adesão. Em caso de não indicação a indenização será paga aos herdeiros legais (conforme artigo 792 do Código Civil), de acordo com as condições especiais. Para as coberturas de Morte e Morte por Acidente contratadas para o Cônjuge e/ou Filhos o beneficiário será sempre o titular. Para o SAF e DMHO o beneficiário será quem comprovar o custeio das despesas. Para RCM o beneficiário será o Estipulante/Subestipulante. Para as demais coberturas o beneficiário será o próprio segurado.

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (INDEXADOR) E RECÁLCULO

Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização.

Para as apólices que possuem recálculo do capital segurado pela variação salarial serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora.

Para valor de capital por faixa etária, o valor do prêmio será alterado periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais.

PROCESSOS SUSEP

VG Faixa Etária: 15414.003037/2012-47; VG Taxa Média: 15414.003038/2012-91.

INFORMAÇÕES GERAIS

Este plano é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

O registro desses planos na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

No caso de proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação, informando o país de emissão.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE ATIVIDADE E SAÚDE

Esta Declaração Pessoal de Saúde é parte integrante da proposta nº

Matrícula

Nome Completo do Proponente

CPF

	TITULAR	CÔNJUGE
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento atualmente? Em caso afirmativo, informar qual.		
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Em caso afirmativo, informar quais e se já foi submetido a alguma cirurgia.		
3. Sofre ou já sofreu de doenças do sangue, diabetes, doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Em caso afirmativo, informar quais.		
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, informar quais.		
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado(a) em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 (cinco) anos? Em caso afirmativo, especificar.		
6. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Em caso afirmativo, especificar.		
7. É portador(a) do vírus HIV?		
8. Encontra-se afastado(a) da atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?		
9. É fumante? Em caso afirmativo, informar a quantidade média de cigarros por dia.		
10. Indique seu peso e altura:	_____ Kg e _____ m	_____ Kg e _____ m
11. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares? Em caso afirmativo, especificar.		

Local e Data

Assinatura do Proponente

Assinatura e Identidade do Responsável (quando necessário)

Proponentes entre 0 e 16 anos deverão ser representados pelos pais tutores ou curadores. Caso o proponente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal.