American Life Companhia de Seguros
CNPJ: 67.865.360/0001-27
Av. Angélica, 2626 - Térreo - Consolação - São Paulo - SP - CEP 01228-200
Tel: (11) 3017-0022 - Fax: (11) 3017-0020 - www.alseg.com.br

PROPOSTA DE SEGURO DE PESSOAS

☐ Inclusão ☐ Alteração | Apólice Nº | Certificado Nº | Início de Vigência às 24:00 hs. de

Corretor | SUSEP nº

Estipulante | Sub-Estipulante | Sub Grupo nr. | Cód. Plano

Proponente Principal	CPF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Doc. Identidade	Data de Expedição	O. Emissor	Profissão / Ocupação	Data de Admissão
	| | | | | | | | | — | |								

Cônjuge	CPF	Data de Nascimento	Sexo	Doc. Identidade	Data de Expedição	O. Emissor	Profissão / Ocupação
	| | | | | | | | | — | |						

FORMA DE PAGAMENTO

Consignação / Desconto em Folha de Pagamento ☐ | Matrícula do Servidor / Instituidor

Consignado (Nome completo por extenso)

Autorizo o Consignante (Órgão ou Entidade), ou o Estipulante, a descontar mensalmente no meu salário, os valores relativos ao seguro de pessoas garantido pela American Life Companhia de Seguros. A presente autorização compreende aumento de custos do seguro por alteração do capital segurado, taxa ou mudança de faixa etária.

Local / Data _____ Assinatura do Consignado _____

Boleto Bancário ☐ Débito em Conta Corrente ☐ | Banco: BRADESCO ☐ BANCO DO BRASIL ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL ☐ SANTANDER ☐ REAL ☐ ITAÚ ☐

Nome do Correntista

Dia de Cobrança	Agência	Conta Corrente

Autorizo o débito bancário, conforme acima especificado referente ao(s) custo(s) do seguro, observadas as condições da(s) apólice(s).

Local / Data _____ Assinatura do Correntista _____

GARANTIAS, CAPITAIS E CUSTOS DO SEGURO DE PESSOAS (Valores em Reais - R$)

TIPO	Morte - M	Morte Acidental - MA	Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente - IPA	Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA	Invalidez Permanente Funcional Total por Doença IFPD	Diária de Incapacidade Temporária - DIT	Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas - DMHO	Renda por Incapacidade Temporária - RIT	Cobertura para Doenças Graves - CDG	Custo Mensal Proponente	Custo Mensal Total
PRINCIPAL											
CÔNJUGE											
FILHOS											

BENEFÍCIOS

Plano: ☐ Individual ☐ Familiar | Padrão ASSISTÊNCIA FUNERAL: ☐ Standard ☐ Standard I ☐ Semi-Luxo ☐ Semi-Luxo I ☐ Luxo

☐ AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO ☐ CESTA BÁSICA — Valor Mensal R$ | Qtd. Meses:

DESCONTO EM MEDICAMENTOS: ☐ Sim ☐ Não

SORTEIO - VALOR BRUTO — Valor R$ | Qtd. Sorteios Mês:

OUTROS

BENEFICIÁRIOS

Nome	Data de Nascimento	Parentesco	% Part.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Responda às perguntas abaixo de próprio punho, escrevendo por extenso as palavras "sim" e "não" e as explicações, quando for o caso. Utilize o verso se necessário.	PRINCIPAL	CÔNJUGE
1) Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho?		
2) Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabetes e Gota?		
3) É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente?		
4) Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação?		
5) Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação), inclusive biópsia? Qual(is)? Anexar exames clínicos e laboratoriais.		
6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Cite-os.		
7) Tem alguma deficiência de órgãos ou sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os.		
8) Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a seguradora e o motivo da indenização.		
9) Informe — Peso	Kg	Kg
Altura	m	m

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas e concordo que as declarações que prestei, inclusive as não escritas de meu próprio punho, façam parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s) com a American Life Companhia de Seguros, ficando esta autorizada a utilizá-las em qualquer época no amparo e defesa de seus direitos, ciente de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta ou na taxa do custo do seguro, perderei o direito ao valor do seguro, sem prejuízo do pagamento do(s) custo(s) do seguro já pago(s). Declaro, ainda, que tomei ciência das condições contratuais do seguro, com as quais concordo plenamente. Fica o Estipulante acima indicado, autorizado a negociar sucessivas renovações da apólice, vedado o cancelamento de meu certificado de seguro sem minha expressa anuência, observadas as condições da apólice. Autorizo a quaisquer médicos, hospitais e entidades médicas que tenham me assistido cirúrgica ou clinicamente, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos, procedimentos ou diagnósticos sobre a minha pessoa.

Local e Data _____ Assinatura do Proponente Principal _____