

**PROPOSTA DE ADESÃO PARA SEGUROS DE PESSOAS****DADOS CADASTRAIS**

Nº APÓLICE VG: 289824 E/OU Nº APÓLICE AP: 289824  
AGÊNCIA CONTRATANTE: 3357 - EMPR.ABC SUL  
ESTIPULANTE: INSTITUTO METODISTA IZABELA HENDRIX - IMIH  
CNPJ: 44351146000157  
SUBESTIPULANTE: INSTITUTO METODISTA IZABELA HENDRIX - IMIH  
CNPJ: 44351146000157  
PROPONENTE: ( ) PRINCIPAL ( ) CÔNJUGE  
NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
DATA DE INÍCIO DO VÍNCULO COM O ESTIPULANTE/ SUBESTIPULANTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO QUE O PROPONENTE EXERCE: \_\_\_\_\_

**COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO**

MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (R\$) : \_\_\_\_\_  
INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE - IEA (R\$) : \_\_\_\_\_  
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - IPA, ATÉ (R\$) : \_\_\_\_\_  
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA (\*) - IFPD (R\$) : \_\_\_\_\_

**COBERTURAS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS**

MORTE ACIDENTAL (R\$) : \_\_\_\_\_  
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - IPA, ATÉ (R\$) : \_\_\_\_\_  
DMH - DESP. MÉDICAS e HOSPITALARES (\*), ATÉ (R\$) : \_\_\_\_\_  
(\* ) COBERTURAS NÃO EXTENSIVAS AO CÔNJUGE.

**BENEFICIÁRIOS**

| NOME  | PERCENTUAL |
|-------|------------|
| _____ | _____      |
| _____ | _____      |
| _____ | _____      |
| _____ | _____      |
| _____ | _____      |

**Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão instituídos beneficiários aqueles indicados por lei.**

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais, contratados pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as Cláusulas das Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão direito de cancelar ou proceder qualquer alteração que gere ônus, dever ou obrigação no seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, sem meu expresso consentimento, estando ciente, contudo, que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Declaro ter prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

**ALIANÇA DO BRASIL**

**Companhia de Seguros**

Processos SUSEP nº 10.005463/99-80  
nº 10.005462/99-17  
nº 15414.003297/04-11  
nº 10.005.473/99-33

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito ao valor do seguro.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

DECLARO QUE RECEBI E TENHO CONHECIMENTO DO INTEIRO TEOR DAS CONDIÇÕES GERAIS E CONTRATUAIS DESTE SEGURO, COM AS QUAIS ESTOU DE ACORDO.

---

LOCAL E DATA

---

ASSINATURA DO PROPONENTE