

Os campos reticulados serão preenchidos pela Mongeral somente na "inclusão". Nas demais situações deverão ser preenchidos pelo emissor da Proposta. É obrigatório o preenchimento da DPSA no verso para os casos de Inclusão e Alteração de Capital.

Manutenção X Inclusão Alteração	Cia	Sucursal	Ramo	Apólice VG	Ramo	Apólice APC	Nº. do Certificado
Grupo	Plano	Pró-labore*	Estipulante Assoc. Pta. Cirurgiões Dentistas - APCD		CNPJ 047.331.822/0001-19		

Dados do Proponente Principal

Nome do Proponente

Documento Nº	Tipo Documento 1 - CPF 2 - Passaporte	Nacionalidade BRASILEIRA	RG	Data de Emissão(*)	Órgão Emissor(*)
Data de Nascimento	Sexo 1 - Masc. 2 - Fem.	Idade Tarifária	Estado Civil(*) S - Solteiro C - Casado V - Viúvo D - Desquitado/Divorciado		
Renda Mensal(*)	Cargo/Ocupação DENTISTA	Início da Vigência	Término da Vigência **		
Endereço Completo				Bairro	
Cidade	UF	CEP	DDD - Telefone		
Aposentado(*) Sim Não	Motivo da Aposentadoria(*) Tempo de Serviço ou Idade Invalidez	Peso(*)	Altura(*)	Estrutura de Venda 1980920	Vigência Futura

* Nos casos onde houver pagamento de pró-labore, os percentuais estarão fixados nas Condições Contratuais.

** O término de vigência deverá respeitar sempre o término de vigência da apólice.

Capitais Segurados	Taxa	Proc. Susep	Principal	Cônjuge **	Filho	Prêmio Inicial
Coberturas						
Morte	Fx. Etária	-----				
Morte Acidental	Fx. Etária	-----				
IPA	Fx. Etária	-----				
IFPD	Fx. Etária	-----		-----		
DIT*	Fx. Etária	-----		-----		
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

* Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte. ** O cônjuge não é contemplado pelas coberturas IFPD e DIT

Beneficiários do Proponente Principal

Nome	Data Nasc.	Grau Parentesco	Percentual

Local e Data

Assinatura do Proponente Principal ou do Responsável

--	--

A soma dos percentuais não pode ultrapassar 100% / Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito

Data da Análise	Visto e Carimbo do Analista	Data da Digitação

Observações do Analista

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade

Esta Declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal escrevendo "Sim" ou "Não" no campo de respostas, e as explicações nas linhas abaixo de cada resposta, quando for o caso.

	Principal Sim ou Não	Cônjuge Sim ou Não
1) Encontra-se atualmente em plena atividade profissional? Em caso negativo, especifique o motivo. Caso seja aposentado, especifique se a aposentadoria ocorreu por tempo de serviço/idade ou por invalidez.		
2) Pratica competições desportivas, pára-queda ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Favor informar qual.		
3) É portador de alguma moléstia ou doença (inclusive profissional) que o obrigue a consultar médicos, fazer exames ou tomar algum medicamento periodicamente? Em caso afirmativo, favor informar a doença ou moléstia, quais os medicamentos e a periodicidade.		
4) Já foi submetido a tratamento clínico (inclusive punção ou biopsia), cirúrgico, transplante, tratamento com radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia ou de reabilitação em regime de internação (inclusive para tratamento de dependência química de álcool ou droga)? Em caso afirmativo, favor informar quando, onde e motivo?		
5) É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os, indicando o grau de redução funcional e se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, óculos ou lentes de contato com grau.		
6) Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis) ou para a realização de cirurgia? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.		
7) Tem diabetes, sofre ou sofreu de alteração de níveis pressóricos (hipertensão arterial), tem ou teve problema circulatório ou vascular? Em caso afirmativo informar qual e quando esteve em tratamento. Tem ou teve algum problema, ou já realizou exames cardiológicos para detectar alguma doença do coração tal como, angina, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, doença das válvulas do coração ou outras patologias do coração e suas artérias?		
8) Tem ou teve alguma das seguintes situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa, tumores (benigno ou maligno), doença do sangue ou auto-imune? Tem ou teve algum problema pulmonar ou doença psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento)? Em caso afirmativo, favor informar qual, diagnóstico e tratamento e medicação adotados.		
9) Tem ou teve alguma doença ou disfunção do trato gastrointestinal, na próstata, bexiga ou nos rins (inclusive insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise ou tumor renal)? Em caso afirmativo especifique o problema e tratamento adotado.		
10) Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual e tratamento adotado.		

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas, estando ciente que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Autorizo a Mongeral a buscar, se necessário, novos subsídios para análise e verificação das informações aqui prestadas, no momento da contratação ou na ocorrência de sinistro.

Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a Mongeral, 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 ao sigilo profissional. Autorizo ainda quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, as quais dispensem do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa.

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas contratada pela pessoa jurídica, indicada no anverso como Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das Condições Gerais, devendo ser encaminhadas diretamente ao aludido Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, que para tal fim, fica investido de poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe darão direito de cancelar o seguro aqui proposto, sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio correr integralmente sob a minha responsabilidade, estando ciente, contudo, que esta apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

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

A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

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

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

Sendo o proponente analfabeto deverá esta proposta ser firmada a rogo, assinando aqui dois outros componentes do grupo como testemunhas e ter o visto do Estipulante.	1ª. Testemunha	Visto do Estipulante
	2ª. Testemunha	

Local e Data	Assinatura do Proponente

Nome do Corretor	CNPJ	Código do Corretor Susep
NC CORRETORA DE SEGS LTDA	047.463.773/0001-70	