



Preenchimento obrigatório de todos os campos

Inclusão Alteração

DADOS DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Razão Social (Estipulante) _____ Apólice _____
 Razão Social (Sub-estipulante) _____

DADOS DO(S) PROPONENTE(S)

Nome do Titular _____
 Data Nascimento _____ CPF _____ Cédula de identidade _____ Órg. Exped. _____ Data de Expedição _____
 Sexo Masculino Feminino Estado Civil Solteiro Casado Viúvo Separado Outros _____
 Nacionalidade _____ Ocupação _____
 Endereço Residencial _____ Número _____ Complemento _____
 CEP _____ Cidade _____ Estado _____
 E-mail _____ Telefone _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO EM CASO DE CONTRATAÇÃO DE CÔNJUGE FACULTATIVO

Nome do Cônjuge _____
 Data Nascimento _____ CPF _____ Cédula de identidade _____ Órg. Exped. _____ Data de Expedição _____
 Nacionalidade _____ Ocupação _____

GARANTIAS E CAPITAIS SEGURADOS

Vida em Grupo

Capitais Segurados (em Reais)

	Titular	Cônjuge	Filhos
<input type="checkbox"/> Morte			
<input type="checkbox"/> IEA			
<input type="checkbox"/> IPA			
<input type="checkbox"/> IPD-F			
<input type="checkbox"/> Outros			

Sorteio Mensal de R\$ _____

Acidentes Pessoais

Capitais Segurados (em Reais)

	Titular	Cônjuge	Filhos
<input type="checkbox"/> Morte Acidental			
<input type="checkbox"/> IPA			
<input type="checkbox"/> Outros			

1 Sorteio por Mês de R\$ _____

4 Sorteios por Mês de R\$ _____

IEA - Indenização Especial por Morte Acidental
 IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
 IPD-F - Invalidez por Doença-Funcional

ASSISTÊNCIAS COMPLEMENTARES (condições estabelecidas em contrato)

Funeral Individual Cesta Básica _____ Outros _____
 Familiar

PRÊMIO MENSAL DO SEGURO

Prêmio Titular - R\$ _____ Prêmio Titular + Cônjuge - R\$ _____

AUTORIZAÇÃO E FORMA DE PAGAMENTO

Eu, proponente titular do seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais, autorizo a MetLife e/ou o Estipulante/Sub-estipulante a efetuar mensalmente o desconto do prêmio do seguro, na forma indicada abaixo e disponibilizado pelo Estipulante/Sub-estipulante do seguro, cabendo ao Estipulante/Sub-estipulante a discriminação no instrumento de cobrança e o repasse integral do prêmio do seguro para a MetLife, exceto nos casos em que este esteja sendo descontado diretamente pela Seguradora (exclusivamente nos casos de Consignação em Folha de Pagamento, no âmbito Federal).

Declaro ainda, estar ciente que o Capital Segurado será reajustado pela variação do IPCA/IBGE, ou por outro índice oficial que venha substituí-lo, na data de aniversário da apólice, bem como poderá haver reenquadramento de acordo com a mudança de faixa etária ou idade, conforme condições estabelecidas no contrato do seguro, e estou de acordo e concedo ao Estipulante/Sub-Estipulante o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração das cláusulas do Contrato e das Condições Gerais do seguro, que me foram apresentados neste ato, os quais li, compreendi e fui suficientemente esclarecido a respeito dos seus termos.

Consignação em Folha de Pagamento

Boleto Bancário

Débito em Conta Corrente

Local e Data

Assinatura do Proponente

BENEFICIÁRIOS

Nome Completo	Data de Nascimento	% de Participação

Na falta de indicação a indenização será na forma da Lei.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

O proponente deverá preencher a declaração pessoal de saúde e atividade, de próprio punho e por extenso, respondendo a cada uma das perguntas, sem omitir nenhuma informação. O artigo 766 do Código Civil Brasileiro dispõe: "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." Assim, se na eventual ocorrência de um sinistro ficar comprovado que o segurado omitiu ou distorceu informações sobre seu estado de saúde, este seguro será cancelado, ficando a MetLife isenta do pagamento do valor do capital segurado, ciente que não haverá cobertura para nenhuma das garantias contratadas, na hipótese de sinistros decorrentes de deficiências/doenças preexistentes à contratação do seguro.

		SIM	NÃO	Esclarecimentos	Rubrica ¹
1	Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, inclusive por aposentadoria, especifique o motivo e/ou o tipo de aposentadoria (tempo de serviço ou invalidez).	Titular			
	Cônjuge				
2	Tem ou teve alguma doença que o tenha obrigado a usar medicamentos de forma rotineira ou hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas (inclusive biópsia) ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? (em caso positivo, informe o período de tratamento, os respectivos diagnósticos e os medicamentos.)	Titular			
	Cônjuge				
3	Faz ou fez acompanhamento médico para alguma doença? (em caso positivo, esclarecer a(s) doença(s), a(s) data(s) e diagnóstico(s), do(s) resultado(s) dos últimos exames realizados).	Titular			
	Cônjuge				

		SIM	NÃO	Esclarecimentos	Rubrica ¹
4	É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos, inclusive visão e audição? (em caso positivo, especifique a deficiência e informe o grau de visão e o percentual de perda auditiva).	Titular			
	Cônjuge				
5	Você é agente público que desempenha ou desempenhou, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos ou funções públicas relevantes ² ou é representante, familiar ou tem relacionamento próximo com alguma pessoa com estas características? Em caso positivo, esclareça.	Titular			
	Cônjuge				
6	Qual o seu peso e altura?	Titular	Peso:	Altura:	
		Cônjuge	Peso:	Altura:	

¹Rubricar nos casos onde o proponente não tenha preenchido à mão.

²detentores de mandatos eletivos, Ocupantes de Cargos, Presidentes e Membros de Conselhos Nacionais dos Poderes Executivo, Legislativo e do Judiciário da União, Distrito Federal, Estados e Municípios; Presidentes e demais membros dos Supremo Tribunal Federal, Tribunais Superiores, de Contas da União, Regionais, de Conselho de Contas de Estados; Procuradores-Gerais, Vice-Procuradores-Gerais e Sub-Procuradores-Gerais da República, do Ministério Público, do Trabalho, da Justiça Militar, Eleitoral, dos Estados e do Distrito Federal; Governadores de Estado e do Distrito Federal; Presidentes, detentores de mandatos e ocupantes de cargos nas Câmaras Municipais, Distritais e das Capitais.

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e atividade exercida, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do(s) contrato(s) celebrado(s) com a Seguradora, ficando ela autorizada a utilizá-las, em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo. Autorizo os médicos, hospitais e quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestarem informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Estou ciente que as garantias somente serão cobertas se a proposta for aceita, observado o prazo e o início de vigência individual constantes no Contrato do Seguro.

Local e Data

Assinatura do Proponente

DADOS DO CORRETOR

Corretor:

Código SUSEP:

Local e Data

Assinatura do Corretor (sob carimbo)

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou Beneficiários.

Conheça a Política da Privacidade da Informação no site www.metlife.com.br ou solicite pela Central de Atendimento ao Cliente.

Central de Atendimento

3003 Life - 3003 5433

(capitais e grandes centros)

0800 MetLife - 0800 638 5433

(demais localidades)

SAC - Serviço de Apoio ao Cliente

Reclamações, Cancelamentos, Sugestões e Elogios

0800 746 3420

(24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil)

Atendimento ao deficiente

auditivo ou de fala

0800 723 0658

(24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil)

Ouvidoria

0800 746 3420

(Segunda à sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil)

MetLife

Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.

Av. Eng.º Luís Carlos Berrini, 1.253

04571-010 - São Paulo - SP

www.metlife.com.br

© 2015 Peanuts

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

C.N.P.J. 02.102.498/0001-29 - Cod: 01.000.262 - jul/15 - jul/17

Produtos e Serviços oferecidos pela Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., Afiliada à MetLife, Inc., (MetLife).