

Solicitações do Empregado

(Preenchimento exclusivo pelo empregado da empresa)

SUBGRUPO 1847

APOLICE N° 0097010000889



DATA ATUALIZAÇÃO

01 - DADOS DA EMPRESA

Razão Social	CNPJ
ATRICON – ASSOC. DOS MEMBROS DOS TRIB. DE CONTAS DO BRASIL	37.161.122/0001-70

02 - DADOS DO SEGURADO

(Preenchimento obrigatório dos dados atuais para confirmação e atualização de seu cadastro)

Nome Completo	CPF
---------------	-----

Data de Nascimento / /	Número do RG	Órgão Expedidor	UF	Data da Expedição / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros
---------------------------	--------------	-----------------	----	--------------------------	--

Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cargo	Data de Admissão / /	Capital (em caso de contratação de capital diferenciado, ver proposta)
---	-------	-------------------------	--

E-mail

03 - PARA ALTERAÇÃO E/OU INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

(Preencher em caso de alteração de beneficiário, refazendo nova distribuição de percentuais, se houver)

Nome	Parentesco	%

Solicitações do Empregado

(Preenchimento exclusivo pelo empregado da empresa)

SUBGRUPO 1847

APOLICE Nº 0097010000889



04 - DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

(Preencher nos casos de: Limite Máximo de Indenização (Capital individual contratado) a partir de R\$ 50.000,00; inclusão de empregado maior de 65 anos; inclusão de sócio; ou retorno de afastamento / licença saúde)

Declaração de Saúde e Atividade (Responda às questões com SIM ou NÃO, por extenso).		Titular
1	Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?	
2	É aposentado por invalidez ou está em processo para tal? Em caso afirmativo, especifique.	
3	Sofre atualmente ou sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a exames de tomografia, ressonância magnética, biópsias, intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho (como, por exemplo, diabetes, câncer, AIDS, hipertensão arterial, doenças neurológicas – epilepsia e outras disritmias, doenças psiquiátricas, cardíacas, pulmonares e/ou renais)? Em caso afirmativo, especifique no quadro abaixo, indicando a natureza da doença, idade que foi diagnosticada e o quadro clínico atual.	
4	Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, especifique.	
5	Exerce atividades (em nível profissional ou amador) como: balonismo, asa delta, vôo livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui aquático e na neve, motociclismo, boxe, luta livre, artes marciais e outras consideradas de alto risco? Em caso afirmativo, especifique.	
6	Já teve alguma proposta de seguro de Vida ou Acidentes Pessoais recusada por qualquer Seguradora? Em caso afirmativo, indicar a época e a Seguradora.	
7	Possui outros seguros de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data? Em caso afirmativo, especifique (nome da Seguradora e valor das garantias).	

Informações Complementares

Declaro que as informações contidas nesta declaração são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão. TOMEI CONHECIMENTO DO TEOR DAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS do Seguro, não tendo dúvidas sobre as mesmas. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento de seu prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxaço do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago. Autorizo que, em caso de sinistro, sejam realizadas diligências médicas julgadas necessárias, autorizando, também de acordo com o artigo 106 do Código de Ética Médica, que os médicos que me assistiram prestem todas as informações que forem solicitadas pela área médica da Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Empregado (obrigatória)

Para mais informações acesse o site www.caixaseguros.com.br ou ligue para a **Central de Relacionamento** de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, através do telefone **0800 702 4000**.

CAIXA SEGURADORA S.A.

SCN – Quadra 1 – Bloco A – 13º, 15º, 16º e 17º Andares

Edifício Number One – Brasília – DF – CEP: 70711-900

www.caixaseguros.com.br