



MetLife

MetLife Corporate MetLife Grupo MetLife Prestamista

Início da Vigência ___/___/___

Inclusão Alteração

DADOS DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Razão Social (Estipulante) _____ Apólice
C.E.C.M. DOS TRAB. DA CIA. PROC. DADOS DO EST. SP - CREDIPRODESP | 93.15681
Razão Social (Sub-estipulante) _____

CONTROLADORES, PRINCIPAIS ADMINISTRADORES E PROCURADORES.¹

Função	Nome Completo	CPF	PEP? ²	Sim/Não

¹ Caso existam outros dados a serem informados, deverá ser anexada a este documento uma declaração com o conteúdo pertinente.

² Consideram-se PEP (Pessoas Expostas Politicamente) os "agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos cinco anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo."

DADOS DO PROPONENTE

Nome do Titular _____
Data Nascimento _____ CPF _____ Cédula de Identidade _____ Org. Exped. _____ Data de Expedição _____
Sexo Masculino Feminino Estado Civil Solteiro Casado Viúvo Separado Outros
Nacionalidade _____ Ocupação _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO EM CASO DE CONTRATAÇÃO DE CÔNJUGE FACULTATIVO

PRODUTOS METLIFE CORPORATE OU METLIFE GRUPO

Nome do Cônjuge _____
Data Nascimento _____ CPF _____ Cédula de Identidade _____ Org. Exped. _____ Data de Expedição _____
Nacionalidade _____ Ocupação _____
Endereço Residencial _____ Número _____ Complemento _____
CEP _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____
E-mail _____ Telefone _____

CAPITAL SEGURADO

Salário (Titular) R\$ _____ | Capital Segurado (Titular) R\$ _____

A composição de garantias e capitais segurados deverá seguir rigorosamente as condições estabelecidas no contrato do seguro.

BENEFICIÁRIOS

Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/ Afinidade	% de Participação

Notas:

1- No caso de seguro Prestamista, o primeiro Beneficiário será o Estipulante e, se houver valor remanescente, será pago aos beneficiários acima.

2- Para qualquer das modalidades de seguro contratado, na falta de indicação de beneficiários, a indenização será paga 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	RÚBRICA*
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				
4	É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos? (em caso positivo, especifique a deficiência e informe o grau auditiva).	Titular			
	Cônjuge				
5	Qual o seu peso e altura?	Titular	Peso:	Altura:	
		Cônjuge	Peso:	Altura:	

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

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

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 quebra 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.

Declaro ainda, estar ciente que os Capitais Segurados poderão ser reajustados pela variação do IPCA/IBGE anualmente, 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 ainda, 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.

Local e Data

Assinatura do Proponente

DADOS DO CORRETOR

Corretor

Cód. SUSEP

Local e Data

Assinatura do Corretor (*sob carimbo*)

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. 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.

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

Central de Atendimento
(24 horas por dia, 7 dias por semana)

0800 MetLife - 0800 638 5433
(todo Brasil)

3003 Life - 3003 5433
(capitais e grandes centros)

PEANUTS©UnitedFeature Syndicate, Inc.
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
C.N.P.J. 02.102.498/0001-29 - Cód: 06.016.00001-fev/10
"Produtos e Serviços oferecidos pela Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., Afiliada a MetLife, Inc., (MetLife)."

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