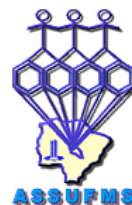




## PROPOSTA DE ADEÇÃO SEGURO DE VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS

MBM SEGURADORA S.A – CNPJ: 87.883.807/0001-06  
Número do Processo Aprovação na SUSEP: Seguro de Vida em Grupo: 10.004809/99-87  
Acidentes Pessoais: 10.0048008/99-14; Vida Empresa: 15414.900676/2014-14



### DECLARAÇÕES GERAIS

Proponente: \_\_\_\_\_ Declaro que todas as informações prestadas neste documento são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade e que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, e de meu cônjuge, tendo respondido de próprio punho ao questionário de saúde. Estou ciente que perderei o direito às coberturas contratadas, bem como aos prêmios pagos, se vier a ser constatada em qualquer época, falsidade ou omissão, quanto ao meu real estado de saúde, bem como de meu cônjuge segurado. Declaro que recebi e aceito os termos das Condições Gerais e Especiais do Seguro e a segunda via desta proposta de adesão, tomei conhecimento prévio e expresse conhecimento das suas disposições, concordando com seus termos. A qualquer momento, mediante solicitação ao MBM, poderei alterar meus beneficiários. Assim com base nas declarações aqui prestadas, solicito que seja aceita minha adesão.

### DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Responda de próprio punho ao questionário, escrevendo por extenso as respostas SIM ou NÃO e os esclarecimentos.	Titular	Cônjuge
1 – Encontra-se atualmente em plena atividade física de trabalho? Em caso negativo, especifique no item 7.		
2 – Sofre ou sofreu alguma moléstia nos últimos três anos, que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenção cirúrgica ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Em caso afirmativo, informe no item 7 quando ocorreu o tratamento, qual o motivo e os nomes dos médicos e hospitais.		
3 – Tem qualquer deficiência de órgão, membro ou sentido? Em caso afirmativo, especifique no item 7 quais e qual o grau de redução.		
4 – Pratica paraquedismo, voo livre, competições de qualquer natureza a bordo de veículos motorizados, ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de aeronaves que não sejam de linha regular? Em caso afirmativo, especifique no item 7.		
5 – O segurado cônjuge inscrito no seguro de vida em grupo goza de boa saúde? Em caso negativo, indique no item 7 a moléstia.		
6 – Autoriza os médicos, instituições médicas e outras companhias de seguro a prestarem todas as informações necessárias a MBM Seguradora S.A. para que certifique a veracidade do conteúdo declarado neste questionário na época da regulação de um eventual sinistro?		
7 – Especificações:		

### BENEFICIÁRIOS DO PROPONENTE

Nome Completo	Data Nasc.	Parentesco	Partic.(%)	Nome Completo	Data Nasc.	Parentesco	Partic.(%)

Na ausência de identificação de beneficiário, será observado o que dispuser a legislação em vigor.

Local e Data

Assinatura e CPF do Proponente\*

\*Os menores de 16 (dezesesseis) ou 18 (dezoito) anos serão representados ou assistidos pelos pais, tutores ou curadores.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

a)O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. b)O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. c)No caso de contratação de seguro, este é por prazo de vigência determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice. d)A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. e)As condições Gerais, Especiais e Regulamentos encontram-se disponíveis no site [www.mbmseguros.com.br](http://www.mbmseguros.com.br)

### INFORMAÇÕES DO CORRETOR

Nome do Corretor: **Becker Corretora de Seguros Ltda.** Declaro para os devidos fins que foram conferidos e estão corretos os dados constantes nesta proposta de adesão com os registros no documento de identificação e no cadastro da ASSUFMS, assim como os demais dados da contratação que correspondem às normas, tabelas e demais condições estabelecidas pela MBM Seguradora S.A. responsabilizando-me por eventual indenização a MBM Seguradora S.A. Declaro, ainda, que o preenchimento do questionário de saúde, foi integralmente realizado pelo titular da proposta de adesão, constituindo-se declaração de próprio punho, responsabilizando-me por eventual indenização ao MBM na hipótese de condenação da mesma decorrente do preenchimento incorreto da presente proposta de adesão.

Local e Data

Assinatura do Corretor