

SEGURO NOVO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

CORRETOR

CORRETOR _____ SUSEP _____

PROPONENTE/TITULAR

ESTIPULANTE _____ Nº DO ESTIPULANTE _____ Nº DO SUB-ESTIPULANTE _____ UNIDADE _____ INÍCIO DE VIGÊNCIA _____

NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____

R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) _____ DATA DE EXPEDIÇÃO (*) _____ SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (*) _____ DATA DE NASCIMENTO _____

IDADE _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ E-MAIL _____

ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____ CEP _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) _____ DATA DE ADMISSÃO _____ REGISTRO FUNCIONAL _____

CENTRO DE CUSTO _____ FAIXA DE CO-PARTICIPAÇÃO _____ PLANO _____

PIS/PASEP (*) _____ NOME DA MÃE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)

NOME COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ GRAU DE PARENTESCO _____

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) _____ DATA DE EXPEDIÇÃO (*) _____

ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____ CEP _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____

DEPENDENTES

SEXO: (M) MASCULINO (F) FEMININO ESTADO CIVIL: (1) SOLTEIRO (2) CASADO (3) VIÚVO (4) DIVORCIADO/SEPARADO PARENTESCO: (2) CÔNJUGE (3) FILHO (4) DEPENDENTES ESPECIAIS

DEPENDENTE 2

CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____

DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ GRAU DE PARENTESCO _____ R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) _____ DATA DE EXPEDIÇÃO (*) _____

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) _____ ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____ NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

DEPENDENTE 3

CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____

DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ GRAU DE PARENTESCO _____ R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) _____ DATA DE EXPEDIÇÃO (*) _____

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) _____ ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____ NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

DEPENDENTE 4

CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____

DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ GRAU DE PARENTESCO _____ R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) _____ DATA DE EXPEDIÇÃO (*) _____

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) _____ ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____ NOME DA MÃE (DEPENDENTE 4) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

DEPENDENTE 5

CPF (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) (*) _____

DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____ GRAU DE PARENTESCO _____ R.G. (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____ ÓRGÃO EMISSOR/UF (*) _____ DATA DE EXPEDIÇÃO (*) _____

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*) _____ ENDEREÇO COMPLETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____

CEP _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____ NOME DA MÃE (DEPENDENTE 5) (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

DECLARAÇÃO

Afirmamos que todas as informações acima são verdadeiras e assumimos inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como temos conhecimento do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que "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 de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA SOB CARIMBO

(*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA MAIORES DE 18 ANOS

SAC: 0800-727-2762 (informação, reclamação e cancelamento)
0800-727-8736 (atendimento exclusivo para surdos) ou Acesse: www.portoseguro.com.br