

SEGURO CIRURGIA FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME DO(A) TITULAR: _____

MATRÍCULA: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

LOTAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE COMERCIAL.: _____ TELEFONE RESIDENCIAL.: _____

CPF: _____ RG: _____

DEPENDENTES

C-CONJUGE F-FILHO(A)

NOME

NASCIMENTO

Declarações de saúde dos(as) proponentes

Responda de próprio punho as perguntas a seguir, com “S” SIM e “N” NÃO, considerando a si e a todos os membros que farão parte do seguro.

	Titular	2	3	4
1 – Sofre ou sofreu de alguma das seguintes doenças: Diabete, Hérnia, Varizes, Hipertensão, Doenças Pulmonares, Doenças da Coluna, Reumatismo, Úlcera				
2 – Sofre ou sofreu de alguma doença relacionada, acima que o tenha obrigado a se internar (hospital) consultar médico e submeter-se a algum exame (biópsias, tomografia, ressonância, etc)?				
3 – Necessita ou necessitou de tratamento médico permanente ou medicação habitual?				
4 – Submetido a alguma internação clínica ou cirúrgica?				
5 – Possui alguma deficiência de órgão, membro, visão ou audição?				
6 – Possui alguma moléstia ou malformação congênita?				
7 – Está afastado de suas atividades normais de trabalho?				

VALOR TITULAR R\$ 20,00 + R\$ 20,00 POR DEPENDENTE

DECLARAÇÃO:

Declaro que:

Tomei conhecimento prévio e concordo com as condições gerais que fazem parte dessa proposta de Seguro Cirurgia cuja confirmação seguro ocorre com a emissão da certificação.

Obtive esclarecimentos suficientes sobre as coberturas e exclusões de risco.

Declaro ainda que as informações são verdadeiras e completas estando ciente que perderei o direito à indenização caso constatada a falsidade de qualquer informação (art 144 do Código Civil Brasileiro). Comprometo-me a comunicar à Seguradora quaisquer alterações nestas informações, sob pena de perda do direito à cobertura do Seguro.

Livre e espontaneamente, e na qualidade de responsável pelos beneficiários incluídos acima, assumo como devedor(a) e principal pagador(a) a obrigação pelo pagamento e o cumprimento das demais obrigações integradas do plano que agora subscrevo.

Autorizo, expressamente, a APCEF-RS e/ou Caixa Econômica Federal a efetuarem o débito em minha conta bancária : agência: _____ operação nº _____ conta nº _____, no valor de R\$ _____ (_____) ,referente Seguro Cirurgia. Porto Alegre, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Titular

RECEBIDO PELO (A) EMPREGADO (A) APCEF/RS

NOME: _____

SETOR: _____

DATA: ____/____/____