

Esta **Solicitação de Seguro** é uma cotação, sendo facultativo à Seguradora transformá-la em **Proposta de Contratação** e basear-se nas informações aqui prestadas para análise de aceitação. Havendo aceitação desta **Solicitação de Seguro** por parte da Seguradora, a assinatura contida nesta substitui a necessidade de assinatura na **Proposta de Contratação** e terá validade juntamente com o pagamento do respectivo prêmio de seguro, transformando o(a) **Proponente** no(a) **Segurado(a)** do Plano de Seguro.

**DADOS PESSOAIS DO(A) PROPONENTE**

NOME COMPLETO				CPF		
DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros		PROFISSÃO	RAMO DE ATIVIDADE	
TEL. RESIDENCIAL (DDI+DDD+Nº TELEFONE) ( ) ( )		TEL. COMERCIAL (DDI+DDD+Nº TELEFONE) ( ) ( )		TEL. CELULAR (DDI+DDD+Nº TELEFONE) ( ) ( )		
PAÍS DE NASCIMENTO:		TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNH <input type="checkbox"/> CPM <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> RNE			ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF
Nº DO DOCUMENTO	DATA DE EXPEDIÇÃO / /	NACIONALIDADE		RESIDENTE NO PAÍS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
FAIXA DE RENDA MENSAL <input type="checkbox"/> De R\$ 1 até 3 mil <input type="checkbox"/> Superior a R\$ 3 mil até 5 mil <input type="checkbox"/> Superior a R\$ 5 mil até 10 mil <input type="checkbox"/> Superior a R\$ 10 mil até 20 mil <input type="checkbox"/> Superior a R\$ 20 mil até 50 mil <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 50 mil				PAÍS DE RESIDÊNCIA FISCAL		
PAÍS COM OBRIGAÇÕES FISCAIS POR MOTIVO DE RESIDÊNCIA OU CIDADANIA DIFERENTE DO BRASIL:						
ENDEREÇO RESIDENCIAL					Nº	
COMPLEMENTO	BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP	PAÍS	
<input type="checkbox"/> Autorizo envio de SMS	<input type="checkbox"/> Desejo receber os extratos e demonstrativos anuais por e-mail:					

**DADOS DE COBRANÇA**

<input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente <u>Conjunta</u> (1) <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente (2) <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente Terceiro(s) (3)					
<b>Estou ciente que, para ocorrer os devidos débitos na conta corrente abaixo, devo efetuar o cadastramento na Instituição Financeira indicada.</b>					
<b>(1) Caso a Conta Corrente seja do tipo Conjunta Simples ("E") será necessária a assinatura do titular da conta que não é o proponente, no campo de assinatura abaixo.</b>					
<b>(2) Declaro estar de acordo com o débito dos prêmios na conta corrente de minha titularidade, abaixo indicada.</b>					
<b>(3) Conforme ANEXO - AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DE PRÊMIO DE SEGURO POR TERCEIRO(S).</b>					
NOME/RAZÃO SOCIAL DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:					
CPF/CNPJ DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO:					
NOME DO BANCO:		CÓD. DO BANCO:	CÓD. DA AGÊNCIA:	Nº DA CONTA CORRENTE:	
DIA PARA DÉBITO <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25			Periodicidade de pagamento do Prêmio: <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual		
Campo para assinatura em caso de Débito em Conta Corrente do tipo <b>Conjunta Simples ("E") do titular da conta que não é o proponente.</b>					RUBRICA PROPONENTE
_____ <b>ASSINATURA DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO</b>					



**DADOS DE CONTRATAÇÃO (valores expressos em reais – R\$)**

Coberturas	Básicas		Opcional	Total
	Morte	Sobrevivência	Invalidez (IPA)	
Capital Segurado	R\$	R\$	R\$	---
Prêmio Total	R\$	R\$	R\$	R\$
IOF	R\$	---	R\$	R\$

**PRAZO DE COBERTURA DO SEGURO ANOS**

**DATA PREVISTA PARA CONCESSÃO DO CAPITAL DE SOBREVIVÊNCIA (ano de término de vigência da apólice)**

**CLASSIFICAÇÃO DO RISCO MORTE:**

**CLASSIFICAÇÃO DO RISCO INVALIDEZ:**

**DADO(S) DO(S) BENEFICIÁRIO(S) - COBERTURA DE MORTE (4)**

<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>TOTAL</b>							<b>100%</b>

**DADO(S) DO(S) BENEFICIÁRIO(S) PARA RECEBIMENTO DAS PROVISÕES MATEMÁTICA DE BENEFÍCIO A CONCEDER EM CASO DE MORTE DO SEGURADO (4) (5)**

<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>Nome Completo / Razão Social</b>					<b>CPF / CNPJ</b>		
<b>Grau de</b>	<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Avô(ó)	<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sócio	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Rateio</b>
<b>Parentesco</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Irmão(ã)	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Dependente Legal	<input type="checkbox"/> Outro	/ /	%
<b>TOTAL</b>							<b>100%</b>

(4) Em caso de ausência de identificação dos beneficiários, será observado o que dispuser a legislação em vigor. Havendo indicação de beneficiários sem o preenchimento do percentual de participação entre eles, será considerado automaticamente um rateio em partes iguais.

(5) AS PROVISÕES MATEMÁTICA DE BENEFÍCIO A CONCEDER SERÃO RESGATADAS PELO PRÓPRIO SEGURADO, NO CASO DE SOBREVIVÊNCIA OU INVALIDEZ, QUANDO CONTRATADA.

**RUBRICA PROPONENTE**

**DADOS DO ASSESSOR COMERCIAL/ COORDENADOR COMERCIAL**

CÓD. DA AGÊNCIA / NOME	Nº DA MATRÍCULA
NOME DO ASSESSOR COMERCIAL	CPF
<b>DADOS DE PRODUÇÃO</b>	
NOME DO MASTER / CORRETOR	CÓD. SUSEP
CÓDIGO/ NOME DO PARCEIRO (RESPONSÁVEL PELA VENDA)	CPF/CNPJ

Eu, Corretor, declaro que entreguei ao(à) Proponente o Regulamento do seguro, o qual foi lido pelo mesmo, não manifestando quaisquer dúvidas sobre seu teor. Atesto que todas as informações, respostas e declarações nesta Solicitação de Seguro refletem a realidade, não contendo omissões ou incorreções. Declaro conhecer e concordar com as regras de remuneração e recuperação de comissão, determinadas pela Seguradora.

LOCAL / DATA

ASSINATURA DO CORRETOR / PARCEIRO

**DISPOSIÇÕES GERAIS**

Eu, Proponente, declaro estar ciente que:

- **A presente Solicitação de Seguro estará sujeita a análise de risco e somente poderá ser aceita se preenchida, datada e assinada pelo(a) proponente e corretor/parceiro constituído.**
- Poderão propor participar do Seguro as pessoas físicas com idade mínima de **18 (dezoito)** anos e máxima de **70 (setenta)** anos. Para aqueles com idade maior ou igual a 60 (sessenta) anos, o período máximo de diferimento não poderá exceder a diferença entre a idade de 80 (oitenta) anos e a idade do(a) proponente na contratação.
- **No caso da cobertura opcional de invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA), ao atingir a idade de 65 (sessenta e cinco) anos a cobertura será automaticamente excluída do plano conforme previsto no Regulamento do Plano.**
- A partir da data de conversão desta Solicitação de Seguro em Proposta de Contratação, sua aceitação será automática, caso, no prazo máximo de **15 (quinze) dias**, não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora.
- **As parcelas do prêmio pagas somente serão consideradas quitadas após confirmação do recebimento pelo banco.**
- **O início de vigência do seguro fica condicionado ao pagamento da primeira parcela do prêmio.**
- **Para o cálculo do valor do prêmio será considerada a idade completa em anos do(a) Proponente, na data da cotação no sistema, e caso tenha transcorrido 6 (seis) meses ou mais da data do último aniversário do(a) Proponente, será considerado um ano a mais de vida.**
- O valor do prêmio estimado nesta Solicitação de Seguro poderá **considerar outros fatores de descontos ou agravamento**, conforme critérios objetivos da Seguradora, **após análise da Solicitação de Seguro e de acordo com a classificação do risco individual. Nesta hipótese, a Proposta de Contratação será emitida com a classificação definitiva.**
- **O Regulamento deste produto protocolizado pela sociedade junto à Susep poderá ser consultado no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número do processo constante neste documento.**
- **O registro deste plano da SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- Estou ciente de que, para a aceitação desta Solicitação de Seguro, **poderei ter de me submeter a exames médicos e laboratoriais por médico habilitado e autorizado pela Seguradora, bem como terei de preencher o formulário de DECLARAÇÕES PESSOAIS DE SAÚDE E ATIVIDADES**, de forma presencial ou por telefone (com gravação), além de outras informações que sejam necessárias para a avaliação da Seguradora sobre meu estado de saúde e minhas atividades.
- **Declaro, para todos os fins e efeitos, ter prestado informações completas e verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela inexistência das mesmas, estando ciente de que se eu fizer, a qualquer tempo, declarações inexatas ou omitir circunstâncias capazes de influir na minha aceitação no seguro ou no valor do prêmio, perderei automaticamente o direito à participação no seguro.**
- **Minha assinatura nesta Solicitação de Seguro implica na adesão automática aos termos do Regulamento atualizado do seguro, o qual me foi disponibilizado previamente ao seu preenchimento, integra a presente Solicitação, e de cujo teor tomei ciência, inclusive quanto aos carregamentos cobrados, prazos de carência e condições de resgate e portabilidade, não tendo dúvidas sobre suas condições.**
- **Declaro estar ciente que até a ocorrência do evento gerador, os valores dos capitais Segurados e dos prêmios destinados ao custeio das coberturas por morte, sobrevivência e invalidez total ou parcial por acidente, se contratada, serão atualizados anualmente no mês do aniversário da adesão ao plano, pelo IPCA-IBGE acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário do plano.**
- **Declaro que tive prévio e exposto conhecimento da política de aplicação adotada para investimento dos recursos do FIE indicado.**

RUBRICA PROPONENTE

Autoriza a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. a transmitir ao corretor/parceiro identificado nesta Solicitação de Seguro, todas as informações cadastrais e financeiras relativas ao plano ora contratado?  SIM  NÃO

Autoriza a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. a divulgação dos resultados médicos para o corretor/consultor que, por sua vez, se responsabiliza pela confidencialidade das informações?  SIM  NÃO

#### NOTAS IMPORTANTES

- O saldo das Provisões Matemática de Benefícios a Conceder será apurado, mensalmente, no último dia útil de cada mês, com base na taxa de juros efetiva anual de 3% (três por cento) e índice de atualização de valores IPCA-IBGE.

- Durante o período de diferimento haverá apuração de resultados financeiros das coberturas por morte e sobrevivência que serão revertidos ao(à) proponente conforme as regras previstas no Regulamento e de acordo com a tabela abaixo:

Ano Completo de Vigência	% de Reversão
1º ano	0%
2º ano	50%
3º ano	55%
4º ano	60%
5º ano	65%
6º ano	70%
7º ano	75%
8º ano	80%
9º ano	85%
10º ano	90%
Após 10º ano	100%

- Para fins de apuração de Resultados Financeiros, o saldo das Provisões Matemática de Benefícios a Conceder será aplicado em quotas do fundo **MAPFRE HEDGE FI RENDA FIXA PREV, CNPJ: 12.124.044/0001-02** com taxa de gestão financeira de 1,50% a.a. (um vírgula cinquenta por cento ao ano) e 0% (zero por cento) de composição em renda variável.

- Carregamento sobre a cobertura por sobrevivência: haverá cobrança de carregamento de 10% (dez por cento), sobre a parcela do prêmio destinada a cobertura por sobrevivência e haverá cobrança de carregamento, conforme tabela a seguir, quando da efetivação de pedido de resgate ou portabilidade, sobre o saldo do valor nominal das parcelas do prêmio destinados à cobertura por sobrevivência:

Ano(s) Completo(s) de Vigência	% DE CARREGAMENTO
1 ano	10%
2 anos	9%
3 anos	8%
4 anos	7%
5 anos	6%
6 anos	5%
7 anos	4%
8 anos	3%
9 anos	2%
10 anos	1%
11 anos ou mais	0%

- Carregamento sobre a cobertura por morte e cobertura por invalidez, quando contratada: haverá cobrança de carregamento de 20% (vinte por cento) sobre a parcela do prêmio destinada à respectiva cobertura, assim que o prêmio for recebido.

- Resgate ou portabilidade total do saldo das Provisões Matemática de Benefícios a Conceder: **NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RESGATE OU PORTABILIDADE PARCIAL**. O prazo de carência para resgate total é de 24 (vinte e quatro) meses e para portabilidade total é de 6 (seis) meses, contados da data de emissão da apólice.

- O resgate / portabilidade total do saldo das Provisões Matemática de Benefícios a Conceder, observada a regra acima, implicará no automático cancelamento do seguro.

RUBRICA PROPONENTE

- **Pagamento do resgate ou portabilidade total da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência:** será efetivado com base em 100% (cem por cento) da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por sobrevivência, **deduzido o carregamento de saída estabelecido na tabela anterior.**

- **Pagamento do resgate ou portabilidade total da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de morte e da cobertura por invalidez, quando contratada:** será efetivado com base em percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura por morte e da cobertura opcional de invalidez permanente total ou parcial por acidente, conforme tabela estabelecida abaixo:

<b>Ano Completo de Vigência</b>	<b>% DE RESGATE OU PORTABILIDADE DA PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER DAS COBERTURAS DE MORTE E INVALIDEZ</b>
1º ano	0%
2º ano	0%
3º ano	30%
4º ano	40%
5º ano	50%
6º ano	60%
7º ano	70%
8º ano	80%
9º ano	90%
10º ano ou mais	100%

- **Quaisquer resgates ou portabilidades efetuados estarão sujeitos à incidência de impostos/encargos, conforme determinado pela legislação vigente à época.**

- **A não aceitação desta Solicitação de Seguro será comunicada, por escrito, em nome do(a) proponente, fundamentada na legislação vigente ou em declarações inexatas ou omissão de circunstâncias capazes de influir na aceitação no seguro ou no valor do prêmio.**

- **São partes integrantes desta solicitação de Seguro:**

**Anexo 1: AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DE PRÊMIO DE SEGURO - BIÉN VIVIR ESENCIAL**

**Anexo 2: QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES FINANCEIRAS CONFIDENCIAIS - BIÉN VIVIR ESENCIAL**

**Esta Solicitação de Seguro e todos seus anexos, inclusive TABELA DETALHADA DE BENEFÍCIOS E VALORES ANUAIS PROJETADOS devem ser assinados nos respectivos campos por quem de direito.**

_____ <b>LOCAL/DATA</b>	_____ <b>ASSINATURA PROPONENTE</b>	_____ <b>ASSINATURA DO CORRETOR/PARCEIRO</b>
	_____ <b>RUBRICA PROPONENTE</b>	

**MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A.– CNPJ 04.046.576/0001-40 – Inscrição Estadual Isenta**

**Caixa Postal 77215– CEP 04578-000 – São Paulo – SP**

**Processo SUSEP: 15414.003065/2010-01**

**Ouvidoria - 0800 775 3240 - De Segunda a Sexta, das 8h às 18h, exceto feriados**

**Central de Relacionamento/SAC –24 horas 0800-775-7647 - Deficiente Auditivo e de Fala 0800-775-5045**

**www.mapfre.com.br**

Esta **Declaração Pessoal de Saúde-DPS** é um documento complementar a **Solicitação de Seguro da cotação acima indicada**, sendo facultativo à Seguradora basear-se nas informações aqui prestadas para análise de aceitação do seguro. Havendo aceitação deste documento por parte da Seguradora, a assinatura contida nesta substitui a necessidade de assinatura na **Proposta de Contratação**.

**DADOS PESSOAIS DO PROPONENTE**

NOME COMPLETO		CPF
Peso Kg	Altura cm	Número da calça

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE - DPS**

- A FALTA DE PREENCHIMENTO DAS QUESTÕES ABAIXO, PELO PROPONENTE, IMPEDE A AVALIAÇÃO PARA ACEITAÇÃO DAS COBERTURAS DE RISCO.  
 - É OBRIGATÓRIO QUE AS QUESTÕES SEJAM RESPONDIDAS DE PRÓPRIO PUNHO PELO PROPONENTE E POR EXTENSO "SIM" OU "NÃO".

QUESTÕES		RESPOSTA
1.	É Fumante?	
2.	Fuma mais de 15 cigarros por dia?	
3.	Seus valores de pressão arterial <b>estão fora</b> dos intervalos de <b>90/60 e 120/80?</b>	
4.	Sofre ou já foi diagnosticado de diabetes, hipertensão arterial, infarto, derrames, câncer, asma, bronquite, enfisema, hepatites B ou C, doença de Crohn, colite ulcerosa, lúpus ou artrite reumatoide, depressão, epilepsia ou transtornos de personalidade?	
5.	Consome ao dia mais de 4 (quatro) copos de cerveja, 4 (quatro) taças de vinho ou 2 copos de outras bebidas alcoólicas?	
6.	Encontra-se em situação de baixa laboral por alguma doença ou acidente por um período superior a 15 dias? Ou tem baixas laborais repetidas de 15 ou menos dias? Ou tem concedido ou está em processo de concessão de invalidez ou incapacidade?	
7.	Foi ou será hospitalizado para realizar alguma intervenção cirúrgica, tratamento médico ou como consequência de um acidente, excluindo cirurgia de amídalas, adenoides, apêndice, vesícula, hérnias inguinal ou abdominal, varizes, hemorroidas, varicocele, desvio de septo, cirurgia estética, partos, menisco ou fraturas acidentais curadas e sem sequelas?	
8.	Recebeu, recebe ou irá receber tratamento com quimioterapia ou radioterapia?	
9.	Está ou já se submeteu a tratamento de desintoxicação, psicológico, psiquiátrico ou de reabilitação, excluindo de lesões musculares e traumatológicas curadas e sem sequelas?	
10.	Faz uso de algum medicamento regular, excluindo anticoncepcional?	
11.	Foi diagnosticado com alguma doença que requeira visitas médicas esporádicas, continuadas ou de seguimento, excluindo infecções respiratórias, dor de cabeça, pedras na vesícula e nos rins, e fratura de ossos?	
12.	Tem agendado alguma consulta médica, análise laboratorial, radiografia, ressonância magnética, excluindo <b>consultas e/ou exames de rotina e check up?</b>	
13.	Sofre ou já foi diagnosticado com alguma doença sexualmente transmissível (sífilis, HPV, HIV)?	
14.	Sofre ou já foi diagnosticado de alguma doença não descrita anteriormente?	
15.	Pratica alguma atividade de risco ou esporte radical, como: asa delta, parapente, automobilismo, motociclismo, ciclismo, mergulho, montanhismo ou artes marciais? Ou faz uso de aeronave e/ou motocicleta?	

Eu, Proponente, reconheço como minhas as declarações acima sobre meu estado de saúde e que são verdadeiras, motivo pelo qual na análise inicial está sendo dispensada a realização de tele-entrevista e/ou de exames médicos e laboratoriais prévios para fins de averiguação de minha condição de saúde, mas estou ciente que poderei ter de me submeter a tele-entrevista e/ou exames médicos e laboratoriais por médico habilitado e autorizado pela Seguradora.

Estou ciente que os eventos ocorridos em consequência de doenças pré-existentes à contratação deste seguro, que a omissão sobre meu estado de saúde e a inexatidão nas respostas implicará na perda de todos os direitos outorgados na **Solicitação de Seguro da cotação acima indicada, nos termos do Regulamento e de acordo com o que prevê o artigo 766 do Código Civil.**

Concordo que as declarações que prestei passarão a integrar o seguro de Vida Individual Dotal Misto com Performance BIÉN VIVIR – ESENCIAL celebrado com a MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e defesa de seus direitos. Estou ciente que o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde é efetuado em apenas uma via e ficará em poder da MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A, estando ao meu dispor caso seja necessário.

LOCAL / DATA	ASSINATURA DO PROPONENTE	ASSINATURA DO CORRETOR/PARCEIRO
--------------	--------------------------	---------------------------------

**QUESTIONÁRIO DE INFORMAÇÕES FINANCEIRAS CONFIDENCIAIS**

**BIÉN VIVIR - ESENCIAL**

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE PRÓPRIO PUNHO PELO(A) PROPONENTE DO SEGURO.**

**DADOS DO(A) PROPONENTE**

NOME COMPLETO:

CPF:

Nº DA COTAÇÃO:

RENDA PRÓPRIA:  SIM  NÃO

1 Como chegou ao valor do Capital Segurado a ser contratado?

2 Outros familiares ou parentes são segurados ou estão contratando seguro nesta seguradora?  Não  Sim Quantidade de familiares:

3 É segurado de outra seguradora?  Sim  Não Qual? Qual o valor do Capital Segurado?

4 Informações financeiras:

<b>RENDAS</b>	<b>ANO ANTERIOR</b>	<b>ESTIMATIVA DO ANO EM CURSO</b>
Salário Anual		
Salário Adicional Anual		
Bônus Anual		
<b>BENS (MÓVEIS E IMÓVEIS)</b>		
Imóveis		
Automóveis		
Investimentos Financeiros		
Outros (especifique)		
Participação Acionária		
<b>OBRIGAÇÕES</b>		
Dívida Total (incluindo		
Financiamento Total		
Outros (especifique)		

5 Patrimônio estimado (em R\$):

6 Neste momento existe alguma falência atribuída a você?  Sim  Não

Caso a resposta seja afirmativa, favor fornecer maiores esclarecimentos:

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que as informações e declarações contidas neste documento são completas, verdadeiras e corretas em cada detalhe. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas, e estou ciente que informações complementares ou documentos podem ser solicitados. Declaro ainda que todos os documentos por mim apresentados para este fim são autênticos.

\_\_\_\_\_

**LOCAL/DATA**

\_\_\_\_\_

**ASSINATURA PROPONENTE**

**MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ 04.046.576/0001-40**

**Caixa Postal 77215 – CEP 04578-000 – São Paulo – SP**

**Processo SUSEP: 15414.003065/2010-01**

**SAC –24 horas: 0800-775-7647 / Ouvidoria - 0800 775 3240 - De Segunda a Sexta, das 8h às 18h (exceto feriados)**

**Deficiente Auditivo e de Fala- 24h - 0800-775-5045**

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)