

American Life Companhia de SegurosRua Minas Gerais, 209 - Higienópolis - São Paulo - SP - CEP 01244-011
CNPJ 67.865.360/0001-27**Central de Atendimento:** Grande São Paulo (11) 3257-8264

Demais Localidades 0800 77 33 110

Site: www.vidafreedom.com.br - e-mail: faleconosco@vidafreedom.com.br

PROPOSTA Nº**Vida
Freedom****seguro de vida**

Estipulante						
Nome Completo (Sem Abreviaturas)					CPF	
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Doc. Identidade	Órgão Emissor	Data de Emissão	Profissão
Endereço para Correspondência / Cobrança					Número	Complemento
Bairro	Município		UF	CEP	Telefone DDD ()	

COBERTURAS: MORTE NATURAL, MORTE ACIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE; SERVIÇOS: ASSISTÊNCIA FUNERAL CASAL E SORTEIO MENSAL

Capital Segurado (valores em Reais)	Morte Acidental	Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	<input checked="" type="checkbox"/> Sorteio Mensal Bruto R\$ 30.000
R\$	R\$	R\$	<input checked="" type="checkbox"/> Assistência Funeral Casal em até R\$ 3.000

A vigência do seguro terá início a contar das 24 horas do dia do pagamento da primeira parcela do seguro ou do débito do prêmio em conta corrente.**BENEFICIÁRIOS**

Nome	Data Nascimento	Parentesco	% Participação

CLAUSULA BENEFICIÁRIA

É LIVRE A INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, DEVENDO O SEGURADO FAZÊ-LO POR ESCRITO E DE PRÓPRIO PUNHO NA PROPOSTA. PARA FINS DESTES SEGUROS TAMBÉM É RECONHECIDA A UNIÃO ESTÁVEL HOMOAFETIVA NO QUE SE REFERE À DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIO. O COMPANHEIRO (A) É EQUIPARADO (A) AO CÔNJUGE PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, CONFORME CLAUSULA BENEFICIÁRIA QUE SE ENCONTRA NAS CONDIÇÕES PARTICULARES.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE**RESPONDA ÀS PERGUNTAS ABAIXO DE PRÓPRIO PUNHO, ESCRREVENDO POR EXTENSO AS PALAVRAS "SIM" E "NÃO" E AS EXPLICAÇÕES QUANDO FOR O CASO (UTILIZE O VERSO SE NECESSÁRIO).**

1. Encontra-se atualmente afastado da plena atividade de trabalho?	6. Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Cite-os.
2. Já realizou exames laboratoriais para avaliação de doenças Hepáticas, Renais, AIDS, Diabetes e Gota? Caso positivo informar as datas e resultados.	7. Tem alguma deficiência de órgãos dos sentidos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os.
3. É portador de alguma doença que obrigue a consultar médicos ou fazer exames periodicamente? Esclareça.	8. Já teve proposta de seguro de vida recusada por Sociedade Seguradora? Qual? Por que?
4. Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Qual(is) o(s) diagnóstico(s) e período(s) de internação?	9. Já recebeu indenização por acidente ou doença? Em caso afirmativo, cite a seguradora e o motivo da indenização.
5. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (operação) inclusive biópsia? Qual(is)? (Anexar exames clínicos e laboratoriais).	

FORMA DE PAGAMENTO (SE DIFERENTE DE MENSAL, MULTIPLICAR O CUSTO MENSAL PELA FREQUÊNCIA ESCOLHIDA).

Custo em R\$ conforme tabela de capitais e custos.	Frequência de Pagamento <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> BIMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL
R\$	Bancos Agência Conta Corrente / DV DIA DE COBRANÇA <input type="checkbox"/> Bradesco <input type="checkbox"/> Santander Banespa <input type="checkbox"/>

Autorizo o débito das parcelas relativas ao prêmio de seguro na conta corrente acima indicada. Nomeio a empresa acima identificada como estipulante da apólice com os poderes do artigo 801 do Código Civil Brasileiro, vedado o cancelamento do certificado individual sem minha solicitação formal, podendo contratar e renovar apólice de seguro com a American Life Companhia de Seguros.

Assinatura do Proponente/ Correntista

PARA USO CORRETOR

Corretor	Registro SUSEP
----------	----------------

OBSERVAÇÃO, DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO NO SEGURO.

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. Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado informações completas e verídicas. Concorde que as declarações que prestei façam parte integrante do(s) contrato(s) de seguro(s) a ser(em) celebrado(s) com a sociedade seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações apresentadas são verdadeiras e completas. Ciente como estou de que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderei o direito ao valor do seguro, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido. Declaro ainda que tomei ciência das condições gerais do seguro, com as quais concordo plenamente e que tenho ciência de sua disponibilidade no endereço eletrônico da : www.vidafreedom.com.br.

Local e Data

Assinatura do Proponente

RECIBO

Cheque nº	Banco nº	Valor R\$	O cheque deverá ser emitido a favor da American Life Cia. de Seguros . Este pagamento só terá validade após a compensação do cheque.
-----------	----------	-----------	---

RECEBEMOS DO PROPONENTE ACIMA, O VALOR SUPRA INDICADO, RELATIVO AO PRIMEIRO PAGAMENTO CONFORME AS COBERTURAS ESPECIFICADAS NO CAMPO APROPRIADO DESTA PROPOSTA. O PAGAMENTO, MESMO OCORRENDO COBRANÇA DO CHEQUE, NÃO CARACTERIZA ACEITAÇÃO DO RISCO, A QUAL SE DARÁ EXCLUSIVAMENTE DE ACORDO COM O DISPOSTO NAS CONDIÇÕES DO SEGURO.

Local e Data

Corretor ou Representante Legal

CONDIÇÕES PARTICULARES

1 - OBJETIVO DO SEGURO - Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado, ao companheiro (a) em união conjugal homoafetiva ou aos seus Beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos.

2 - GARANTIAS DO SEGURO - As garantias deste Seguro são:

2.1 - GARANTIA BÁSICA (MORTE NATURAL OU ACIDENTAL) - é a garantia que prevê o pagamento de uma indenização ao companheiro (a) do Segurado ou aos seus beneficiários.

2.2 - INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (MORTE ACIDENTAL) É a garantia do pagamento de uma indenização adicional, limitada a 100% (cem por cento) da garantia Básica, ao companheiro (a) do Segurado ou aos seus beneficiários.

2.3 - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) É a garantia do pagamento de uma indenização, ao próprio Segurado, de valor proporcional à garantia básica, limitada a 100% (cem por cento) desta, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou de um órgão, em decorrência de lesão física, sofrida pelo Segurado, **causada diretamente por um acidente pessoal coberto, calculada conforme tabela e condições que integram as Condições Gerais da Apólice.**

2.4 - ASSISTÊNCIA FUNERAL CASAL - destinada ao Segurado e a um companheiro (a), é representada exclusivamente pelos serviços de velório e sepultamento, ocorridos em todo o território nacional, com reembolso de suas despesas em até R\$ 3.000,00 (três mil reais). **Somente serão aceitas vias originais de Notas Fiscais ou Faturas de Serviços prestados, obrigatoriamente de forma discriminada.**

2.4.1 - Por opção da família do segurado ou do companheiro (a), fica disponibilizado exclusivamente para esta garantia, um serviço de apoio em uma **Central de Atendimento 24 horas, pelo telefone gratuito (DDG) 0800 77 11 115.**

2.4.2 - Acionada a Central de Atendimento 24 horas, uma equipe especializada providenciará todo o sepultamento e velório, sem custos ou despesas, observado o limite de capital segurado contratado.

2.4.3 - Inclui-se entre as despesas com funeral, as havidas com traslado, limitado a **500 quilômetros da residência habitual do segurado;**

2.4.4 - FICAM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDAS DESPESAS COM JAZIGOS E CARNEIROS.

2.5 - Sorteio Mensal:

A **American Life Companhia de Seguros** é a proprietária de títulos de capitalização, em conformidade com Nota Técnica, aprovada pela SUSEP, através o processo número 10.004.564/99-51 e 15414.004811/97-46. Por intermédio desta cláusula especial, cede o direito de participação nos sorteios mensais de prêmios, em dinheiro, ao Segurado, sem ônus, permanecendo a **American Life Companhia de Seguros** como detentora da propriedade e dos demais direitos e obrigações decorrentes dos títulos, caso o mesmo não venha a ser premiado. O valor bruto de cada sorteio é de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais). Do valor do sorteio serão abatidos os impostos conforme previsto na legislação.

Os sorteios serão realizados pela extração da Loteria Federal do Brasil, correspondente ao último sábado de cada mês, participando exclusivamente os Seguros que estejam em dia com o pagamento do prêmio.

Será contemplado o título de capitalização cujo número da sorte coincida, da esquerda para a direita, com a unidades dos 5 (cinco) prêmios extraídos pela Loteria Federal do Brasil, lidos de cima para baixo, conforme constará do seu certificado individual.

3 - NÃO ACUMULAÇÃO DE RISCO

AS INDENIZAÇÕES POR MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE NÃO SE ACUMULAM. SE, DEPOIS DE PAGA UMA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE, VERIFICAR-SE A MORTE DO SEGURADO EM CONSEQÜÊNCIA DO MESMO ACIDENTE, DA INDENIZAÇÃO POR MORTE DEVE SER DEDUZIDA A IMPORTÂNCIA JÁ PAGA POR INVALIDEZ PERMANENTE.

4 - VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

Os seguros individuais, cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento parcial ou total do prêmio, se aceitas pela seguradora, terão início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do protocolo da proposta na seguradora;

5 - SUSPENSÃO DO SEGURO

SE APÓS A DATA ESTABELECIDA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO, ESTE NÃO TIVER SIDO QUITADO, O SEGURO FICARÁ AUTOMATICAMENTE SUSPENSO E ACARRETERÁ A PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO NA HIPÓTESE DE SINISTRO OCORRIDO DURANTE O PERÍODO DE SUSPENSÃO, INDEPENDENTEMENTE DE NOTIFICAÇÃO, INTERPelação OU DE QUALQUER OUTRA MEDIDA DE CONSTITUIÇÃO EM MORA DO SEGURADO.

6 - CANCELAMENTO DO SEGURO

A) EM QUALQUER CASO, NÃO SERÁ ADMITIDA A REABILITAÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL, DECORRIDOS 90 (NOVENTA) DIAS DE ATRASO DE QUALQUER PAGAMENTO DE PRÊMIO E O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO;
B) COM A MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL DO SEGURADO;
C) EM CASO DE DOLO, FRAUDE, OMISSÃO OU CULPA GRAVE DO SEGURADO, NA CONTRATAÇÃO OU NO DECORRER DA VIGÊNCIA DESTE SEGURO;
D) POR MÚTUO CONSENTIMENTO DAS PARTES CONTRATANTES.

7 - BENEFICIÁRIOS

É LIVRE A INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, DEVENDO O SEGURADO FAZÊ-LO POR ESCRITO E DE PRÓPRIO PUNHO NA PROPOSTA.

7.1 PARA FINS DESTE SEGURO, TAMBÉM É RECONHECIDA A UNIÃO ESTÁVEL HOMOAFETIVA.

7.2 A UNIÃO CONJUGAL HOMOAFETIVA ESTÁVEL PODERÁ SER COMPROVADA:

- POR DECISÃO JUDICIAL TRANSITADA EM JULGADO;
- COM O FORMAL RECONHECIMENTO DO PARCEIRO POR PARTE DA PREVIDÊNCIA SOCIAL COMO BENEFICIÁRIO(A);
- PELO RECONHECIMENTO JUNTO AO MINISTÉRIO DA FAZENDA COMO DEPENDENTE;
- PELA FORMAL RECONHECIMENTO DE UNIÃO CONJUGAL HOMOAFETIVA ESTÁVEL MANIFESTA PELOS INTERESSADOS EM ESCRITURA PÚBLICA;
- POR DECLARAÇÃO DE UNIÃO CONJUGAL HOMOAFETIVA ESTÁVEL, FIRMADA PELO PARCEIRO, OBRIGATORIAMENTE COM A ASSINATURA DE DUAS TESTEMUNHAS, QUALIFICADAS E COM FIRMA RECONHECIDA.

7.3 NÃO HAVENDO A INDICAÇÃO FORMAL DE BENEFICIÁRIO POR ESCRITO, OS BENEFICIÁRIOS FICAM DESIGNADOS EM CONFORMIDADE COM O PREVISTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, EQUIPARANDO-SE O COMPANHEIRO (A) EM UNIÃO CONJUGAL HOMOAFETIVA AO CÔNJUGE, PARA FINS DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. A INDENIZAÇÃO SERÁ FEITA METADE AO COMPANHEIRO (A) E O RESTANTE AOS HERDEIROS DO SEGURADO, OBEDECIDA A ORDEM DA VOCAÇÃO HEREDITÁRIA.

8 - VEDAÇÕES NA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS.

ESPECIFICAMENTE PARA FINS DESTE SEGURO, O SEGURADO CASADO OU QUE VIVA EM UNIÃO ESTÁVEL HETEROAFETIVA, NÃO PODERÁ DESIGNAR COMO BENEFICIÁRIOS PESSOAS COM QUEM MANTENHA RELAÇÃO HOMOAFETIVA, SENDO TAL INDICAÇÃO CONSIDERADA NULA DE PLENO DIREITO.

9 - ATUALIZAÇÃO DE CAPITALS SEGURADOS, PRÊMIOS E AGRAVAÇÃO DE RISCO: OS CAPITALS E CUSTOS SERÃO ATUALIZADOS MONETARIAMENTE EM CADA ANIVERSÁRIO DE INCLUSÃO AO SEGURO, COM BASE NA VARIAÇÃO ACUMULADA NO ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (IGPM/FGV) NOS ÚLTIMOS 12 MESES, ANTERIORES AO QUE ANTECEDE O REAJUSTE.

Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua.

9.1 - ALÉM DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, O VALOR DOS PRÊMIOS SOFRERÁ ACRÉSCIMOS PERIÓDICOS, EM DECORRÊNCIA DE MUDANÇAS SUCESSIVAS DE FAIXA ETÁRIA DO SEGURADO E CONSEQÜENTE AUMENTO DE RISCO, DE ACORDO COM A TABELA DE PRÊMIOS QUE INTEGRA A APÓLICE DO PRESENTE SEGURO.

10 - DISPOSIÇÕES GERAIS

As presentes Condições Particulares alteram, no todo ou em parte, as cláusulas correspondentes nas Condições Gerais, que fazem parte integrante do contrato de seguros, permanecendo integras aquelas cláusulas não alteradas nestas Condições Particulares.

11 - TABELA DE CAPITALS E CUSTOS

Coberturas		IPA Invalidez Perm. Total / Parcial por Acidente	Até 30 anos	31 a 35 anos	36 a 40 anos	41 a 45 anos	46 a 50 anos	51 a 55 anos	56 a 60 anos
Morte Natural	Morte Acidental	50.000,00	25,00	27,00	31,00	45,00	70,00	104,00	147,00
100.000,00	200.000,00	100.000,00	40,00	47,00	58,00	84,00	132,00	200,00	284,00
150.000,00	300.000,00	150.000,00	60,00	69,00	85,00	124,00	196,00	295,00	420,00
200.000,00	400.000,00	200.000,00	78,00	90,00	111,00	164,00	260,00	390,00	557,00
250.000,00	500.000,00	250.000,00	96,00	111,00	138,00	203,00	322,00	486,00	695,00
300.000,00	600.000,00	300.000,00	115,00	134,00	165,00	243,00	386,00	582,00	831,00

Valores expressos em Reais, custos mensais com a alíquota de IOF e coberturas adicionais inclusas O valor de morte acidental já inclui o valor de morte natural.

Coberturas Adicionais:

1) Assistência Funeral Casal: Destinada aos segurados principais e companheiro (a), são representadas pelos serviços de decessos em todo território nacional pelo número 0800-77-11-115, com reembolso de suas despesas em até R\$ 3.000,00 (três mil reais).

2) Sorteio Mensal Bruto de R\$ 30.000,00: Mensalmente no último Sábado de cada mês pela Loteria Federal do Brasil.

Frequência de Pagamento: Os valores constantes na tabela são mensais, a forma de pagamento poderá ser: Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual.

12 - FORO

Fica estabelecida o foro do domicílio do segurado, para quaisquer ações ou procedimentos judiciais decorrentes deste contrato.