

CARTÃO PROPOSTA - ODONTOLÓGICO



Carteira (selecione uma das opções)

- PME (de 3 a 29 vidas)
- PME Mais (de 30 a 99 vidas)
- Empresarial (a partir de 100 vidas)
- Administrado (ASO)
- Adesão

Tipo de Inclusão

- Apenas Titular
- Apenas Dependente
- Titular + Dependente

Importante

- Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora/Operadora.
- Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (ver penúltima página).

		Cód. da Empresa		Proposta/Certificado nº	
Razão Social				Número Apólice	
				Desdobramento	
				D.V.	
Dados Cadastrais Titular		DF(*) Local		Abrangência Geográfica	
Código de Identificação(*)				Categoria	
				Setor	
Nome do Plano				Plano (*)	
Data Admissão na Empresa		Data Início Vigência		Sujeita à Carência (*)	
/ /		/ /		Sim Não	
				Carência (*)	
				Identificação Funcional	
Dados Pessoais do Titular					
Dep. Nome Completo do Titular sem abreviações					
01					
Nome Impresso no cartão de identificação					Data Nascimento
					/ /
Sexo		Estado Civil		Permanência (*)	
Feminino		Casado		Agrupamento de CI (*)	
Masculino		Divorciado		Grau Parentesco	
		Solteiro		Situação Plano(*)	
		Viúvo			
		Outros			
Carteira de Identidade		Órgão Emissor		UF	
				Data de Expedição	
				País Emis. Cart. Identidade	
				Nacionalidade	
CPF		D.V.		PIS/PASEP	
				Cadastro Nacional de Saúde - CNS	
				Título de Eleitor	
Endereço Residencial do Titular					
Número		Complemento		Bairro	
Município				UF	
				CEP	
Nome da Mãe					
(DDD) Telefone Residencial		(DDD) Telefone Comercial		(DDD) Celular	
e-mail				Grau de Escolaridade	
				Renda Familiar Mensal	
				Profissão	
Dados Bancários do Titular					
Banco		Agência		Conta Corrente	
				CPF do titular da Conta Conjunta	
				D.V.	
Nome do Responsável da Conta Conjunta					
Dep. Nome Completo do Dependente sem abreviações					
Nome Impresso no cartão de identificação					Data Nascimento
					/ /
Sexo		Permanência (*)		Agrupamento de CI (*)	
F M		Grau Parentesco		Situação Plano (*)	
				Sujeita à Carência (*)	
				Sim Não	
				Carência (*)	
				Data do Evento	
				/ /	
Data Início de Vigência		Carteira de Identidade		Órgão Emissor	
/ /				UF	
				Data de Expedição	
				País Emis. Cart. Identidade	
				Nacionalidade	
CPF		D.V.		PIS/PASEP	
				Cadastro Nacional de Saúde - CNS	
Declaração de Nascido Vivo - DNV			Título de Eleitor		
			Profissão		
Nome da Mãe					

Dep.	Nome Completo do Dependente sem abreviações											
Nome Impresso no cartão de identificação											Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano (*)	Sujeita à Carência (*)		Carência (*)	Data do Evento				
F M					Sim	Não		/ /				
Data Início de Vigência	Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emis. Cart. Identidade	Nacionalidade					
/ /					/ /							
CPF	D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS								
Declaração de Nascido Vivo - DNV			Título de Eleitor				Profissão					
Nome da Mãe												

Dep.	Nome Completo do Dependente sem abreviações											
Nome Impresso no cartão de identificação											Data Nascimento	
Sexo	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano (*)	Sujeita à Carência (*)		Carência (*)	Data do Evento				
F M					Sim	Não		/ /				
Data Início de Vigência	Carteira de Identidade		Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emis. Cart. Identidade	Nacionalidade					
/ /					/ /							
CPF	D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS								
Declaração de Nascido Vivo - DNV			Título de Eleitor				Profissão					
Nome da Mãe												

Abrangência Geográfica Conforme Proposta de Seguro/Plano	Profissões	religiosas	Órgão Emissor
Dep	01 - Aposentado/Pensionista	24 - Professor/trabalhador ligado ao ensino	01 - Carteira de Identidade Classista
01 - Titular	02 - Servidor/Empregado Público	25 - Securitário	02 - Cons. Reg. Corretores Imóveis
03 - Companheiro(a)	03 - Espólio	26 - Bancário	03 - Cons. Reg. de Assistentes Sociais
02 - Cônjuge	04 - Estudante	27 - Corretor de Imóveis/seguros/títulos/valores	04 - Cons. Reg. de Biblioteconomia
10 - Em diante - Demais Dependentes.	05 - Empresários/Proprietários de estabelecimento	28 - Agente de Viagem/Guia de Turismo	05 - Cons. Reg. de Contabilidade
Grau de Escolaridade	06 - Médico	29 - Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	06 - Cons. Reg. Enfermagem
01 - Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau)	07 - Odontólogo	30 - Arquiteto	07 - Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia
02 - Superior Incompleto	08 - Psicólogo/Pedagogo	31 - Engenheiro/Agrônomo	08 - Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional
03 - Superior Completo	09 - Biólogo/Biomédico	32 - Profissionais de Informática	09 - Cons. Reg. Prof.Relações Públicas
04 - Pós-Graduação	10 - Farmacêutico	33 - Contador/Auditor/afins	10 - Cons. Regional de Administração
05 - Mestrado	11 - Veterinário/ Zootecnista	34 - Químico/Físico/Astrônomo/ afins	11 - Cons. Regional de Estatística
06 - Doutorado	12 - Fonoaudiólogo	35 - Geógrafo/Geólogo	12 - Cons. Regional de Farmácia
07 - Pós-Doutorado	13 - Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional	36 - Matemático/Estatístico/Atuário	13 - Cons. Regional de Medicina
Grau Parentesco	14 - Enfermeiro/ Nutricionista	37 - Técnico de Contabilidade/Estatística	14 - Cons. Regional de Nutrição
1 - Cônjuge	15 - Técnico em Ciências Biológicas	38 - Desenhista/Técnico de Ciências Exatas	15 - Cons. Regional de Odontologia
2 - Filho (a)	16 - Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia	39 - Escultor/Pintor/Decorador e afins	16 - Cons. Regional de Psicologia
3 - Pais	17 - Advogado	40 - Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins	17 - Cons. Regional de Química
4 - Companheiro (a)	18 - Administrador	41 - Atleta/Instrutor/Preparador/afins	18 - Cons. Regional Med. Veterinária
5 - Outros	19 - Economista	42 - Militar ativa/reserva e Polícias	19 - Cons. Regional Repres.Comerciais
6 - Enteado (a)	20 - Profissionais de Marketing/Publicitários	43 - Motorista	20 - Documentos Estrangeiros
Renda Familiar Mensal	21 - Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social	44 - Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins	21 - Ministério da Aeronáutica
01 - Até R\$ 1.000,00	22 - Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo	45 - Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações	22 - Ministério da Marinha
02 - De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00	23 - Sacerdote/membro de ordens/seitas	46 - Trabalhador da construção civil/metalúrgicos	23 - Ministério do Exército
03 - De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00		47 - Trabalhador rural	24 - Ordem dos Advogados Do Brasil
04 - De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00		48 - Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins	25 - Ordem dos Musicos Do Brasil
05 - De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00		49 - Hotelaria/Garçom/afins	26 - Outros Emissores
06 - Mais de R\$ 12.000,00		50 - Outros	27 - Polícia Federal
			28 - SSP-Secretaria de Segurança Pública

Declarações

Pela presente autorizo a inclusão de meu nome e de meus dependentes no Seguro/Plano Odontológico do Estipulante/ Empresa Contratante, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas da Proposta de Seguro/Plano, devendo todas as comunicações referentes ao contrato ser a ele enviado, o qual a partir desta data fica investido dos poderes de representação.

Declaro ter conhecimento do teor da Proposta de Seguro/Plano, que encontram-se em poder do Estipulante/Empresa Cotratante. Declaro ainda que tenho ciência do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual prevê que, se o Estipulante/Empresa Contratante, Segurado/Beneficiário ou seu responsável legal não fizer declarações verdadeiras e completas no cartão proposta, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro/plano ou no valor do prêmio/mensalidade, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao pagamento dos prêmios/mensalidades vencidas.

Autorizo expressamente todo e qualquer profissional ou instituição médico-hospitalar, bem como qualquer operadora de seguro/plano odontológico, outras organizações e pessoas à fornecerem quaisquer informações relacionadas à minha saúde bucal ou a de meus dependentes, por solicitação da seguradora/operadora constante deste Cartão Proposta.

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo ao Estipulante/Empresa Contratante indicado neste cartão proposta a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Seguro/Plano Odontológico, quando este for contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora/Operadora indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força da Proposta de Seguro/Plano, Condições Gerais e Cláusulas Adicionais do Contrato de Seguro/Plano Odontológico, das quais me declaro ciente.

Local e Data	Assinatura do Segurado/Beneficiário Titular ou Responsável por menor de 18 anos
Local e Data	Assinatura do Estipulante/Empresa Contratante sob carimbo