



Inclusão  Exclusão  Alteração  Inclusão Adicional  Exclusão Adicional

**DADOS DO PARTICIPANTE**

TITULAR _____		REGISTRO _____ / -
PATROCINADORA _____	CPF _____	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Outros	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
DATA NASCIMENTO / /	CONDIÇÃO <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> Autopatrocinado	

**DADOS DO PECÚLIO PRINCIPAL**

MÚLTIPLOS DO SALÁRIO REAL DE CONTRIBUIÇÃO

10 salários  15 salários  20 salários

**DADOS DO PECÚLIO ADICIONAL**

NOME DO CÔNJUGE _____	DATA NASCIMENTO _____ / /
-----------------------	------------------------------

MÚLTIPLOS DO SALÁRIO REAL DE CONTRIBUIÇÃO

5 salários  10 salários

**BENEFICIÁRIO(S) DO TITULAR (EM CASO DE MORTE)**

Registro	Nome	Grau parentesco	Data nascimento	%

**O BENEFICIÁRIO, EM CASO DE MORTE DO CÔNJUGE, SERÁ O TITULAR**

## DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

	PRINCIPAL	CÔNJUGE
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de medicamento atualmente? Especificar.		
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar qual.		
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Informar qual.		
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar qual.		
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 anos? Especificar.		
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar qual.		
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer, ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.		
8. É portador(a) do vírus HIV?		
9. Encontra-se afastado de atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?		
10. É fumante? Qual a quantidade média de cigarros por dia?		
11. Indique seu peso e altura.	_____ kg _____ m	_____ kg _____ m
12. Pratica pára-queda, motociclismo, boxe, asa-delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho, ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares. Especifique.		

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu (minha) cônjuge e que as informações por mim prestadas são completas e verídicas. Estou ciente que se tiver prestado informações incorretas ou omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta **proposta de adesão** ou do prêmio - autorizado o desconto mensal em minha folha de pagamento - perderei o direito ao valor do seguro e à devolução dos prêmios pagos. Concordo em que as declarações que prestei fazem parte integrante do contrato do Plano Pecúlio, ficando a Fundação Copel autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos.

Declaro, ainda, ter conhecimento do inteiro teor das condições gerais contidas no Regulamento do Plano Pecúlio, bem como de todos os anexos e documentos, que neste ato estou recebendo.

LOCAL _____	DATA _____ / _____ / _____	ASSINATURA DO PARTICIPANTE _____
-------------	----------------------------	----------------------------------

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a Fundação Copel tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestações de recusa desta proposta pela Fundação Copel no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

## OBSERVAÇÕES

### Prestadas pelo Participante

### Da Fundação Copel