



DADOS DO PARTICIPANTE

TITULAR		REGISTRO
PATROCINADORA		CPF
SEXO		☐ Masculino ☐ Feminino
ESTADO CIVIL	CONDIÇÃO	
☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Outros	☐ Ativo ☐ Aposentado ☐ Vinculado ☐ Autopatrocinado	

DADOS DO PECÚLIO PRINCIPAL

CAPITAL SEGURADO (COBERTURA): R\$ _____
(_____)

DADOS DO PECÚLIO ADICIONAL (CASO CONTRATE O ADICIONAL)

NOME DO CÔNJUGE	DATA NASCIMENTO
	/ /

CAPITAL SEGURADO (COBERTURA): R\$ _____
(_____)

INDICAR TODOS OS BENEFICIÁRIOS DO TITULAR E O PERCENTUAL QUE CADA BENEFICIÁRIO TEM DIREITO, EM CASO DE MORTE

1.	NOME	CPF
	PERCENTUAL %	TELEFONE ()
		E-MAIL PARTICULAR
2.	NOME	CPF
	PERCENTUAL %	TELEFONE ()
		E-MAIL PARTICULAR
3.	NOME	CPF
	PERCENTUAL %	TELEFONE ()
		E-MAIL PARTICULAR
4.	NOME	CPF
	PERCENTUAL %	TELEFONE ()
		E-MAIL PARTICULAR
5.	NOME	CPF
	PERCENTUAL %	TELEFONE ()
		E-MAIL PARTICULAR

Declaro que conheço e aceito as cláusulas estabelecidas no Regulamento do Plano Pecúlio, operado pela Fundação Copel, responsabilizando-me, para fins de direito, pela opção formalizada. A aceitação estará sujeita à análise. O capital segurado será reajustado anualmente pelo INPC.

LOCAL	DATA	ASSINATURA DO PARTICIPANTE
	/ /	



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-quedismo, motociclismo, boxe, asa-delta, rodeio, alpinismo, vôo 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 omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação dessa **proposta de adesão ou da contribuição mensal** – autorizado o desconto mensal em minha folha de pagamento – perderei direito ao valor de cobertura 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 que tenho ciência de que, se necessário, as informações por mim prestadas poderão ser verificadas junto ao Plano de Saúde da Fundação Copel, bem como outras informações pertinentes.

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.