



DADOS DO PARTICIPANTE

TITULAR _____		REGISTRO _____
PATROCINADORA _____	CPF _____	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Outros	CONDIÇÃO <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> 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 _____ ()
2.	NOME _____	CPF _____
	PERCENTUAL % _____	TELEFONE _____ ()
3.	NOME _____	CPF _____
	PERCENTUAL % _____	TELEFONE _____ ()
4.	NOME _____	CPF _____
	PERCENTUAL % _____	TELEFONE _____ ()
5.	NOME _____	CPF _____
	PERCENTUAL % _____	TELEFONE _____ ()

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

	TITULAR	CÔNJUGE	
Declaração Pessoal de Saúde – O preenchimento deve ser realizado pelo proponente (Justifique nas linhas abaixo da tabela, quando necessário)	SIM OU NÃO	SIM OU NÃO	JUSTIFICATIVA
1- É portador (ou já foi portador) de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença renal, neurológica, do estômago, intestino, fígado, pâncreas, reumática, câncer (incluindo linfoma e leucemia), infectocontagiosa ou sexualmente transmissível (incluindo HIV e hepatite) ou alguma outra doença? Em caso afirmativo informe qual(is)?			
2- É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (audição, visão, etc.). Em caso afirmativo informe detalhes.			
3- Já sofreu alguma lesão traumática com fratura, luxação, entorse ou lesão ligamentar? Em caso afirmativo informe quando aconteceu, se foi necessário o afastamento da atividade laborativa, por quanto tempo e sequelas.			
4- Já foi submetido(a) a tratamentos quimioterápico, radioterápico, diálise, cirurgia, biópsia, punção ou internação hospitalar? Em caso afirmativo especifique qual(is), quando e o(s) motivo(s).			
5- Já foi submetido(a) a exames como cateterismo, ecocardiograma, tomografia, ressonância magnética, endoscopia, etc.? Em caso afirmativo especifique qual(is), quando, o(s) motivo(s) e resultado(s).			
6- Faz uso regular de algum medicamento? Em caso afirmativo informar qual(is) medicamento(s) e a dose.			
7- Fuma ou fumou nos últimos três anos? Em caso afirmativo informar a frequência, a quantidade e o tipo (cigarro, charuto, etc.).			
8- Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana? Em caso afirmativo informar o tipo de bebida, a quantidade e a frequência do consumo.			
9- Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador (ex.: mergulho, voo livre, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves? Em caso afirmativo especifique a atividade e a última vez que praticou.			
10 - Algum membro da família (pais ou irmãos) sofre ou sofreu de alguma doença antes dos 65 anos de idade? Se sim, informe a doença, a idade do diagnóstico da doença, o parentesco e a condição.			
11 - Alguma seguradora já recusou ou agravou algum seguro de vida ou de acidentes pessoais em seu nome? Em caso afirmativo informe se foi recusa ou agravo e o motivo.			
12 - Fez ou faz uso de algum tipo de droga, como alucinógenos, narcóticos, cocaína, maconha, etc.? Em caso afirmativo informe tipo, quantidade, frequência e última vez que utilizou.			
13 - Sofreu alguma alteração de peso (perda ou ganho) de mais de 10kgs nos últimos 6 meses? Em caso afirmativo informe se houve perda ou ganho, a alteração em kg e especifique o motivo.			



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 qualquer omissão ou inexatidão será considerada como má-fé na contratação que possam influir na aceitação dessa **proposta de adesão ou da contribuição mensal** – autorizo o desconto mensal em minha folha de pagamento – perderei direito ao valor de cobertura e à devolução dos prêmios pagos.

Concordo 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.

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.

LOCAL

DATA

 / /

ASSINATURA DO PARTICIPANTE