FUNDAÇÃO COPEL

PLANO PECÚLIO - ALTERAÇÃO DE COBERTURA

DADOS DO PARTICIPANTE

TITULAR

REGISTRO

PATROCINADORA

CPF

SEXO

☐ Masculino ☐ Feminino

CONDIÇÃO

☐ Ativo ☐ Aposentado ☐ Vinculado ☐ Autopatrocinado

ALTERAÇÃO DE COBERTURA DO TITULAR (PRINCIPAL)

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

ALTERAÇÃO DE COBERTURA DO CÔNJUGE (ADICIONAL)

NOME DO CÔNJUGE

DATA NASCIMENTO
/ /

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

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.

LOCAL

DATA
/ /

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Observação: A íntegra do Regulamento encontra-se disponível no portal da Fundação Copel: *www.fcopel.org.br*.
O paricipante que vier a aumentara cobertura, que define tanto o beneficio Principal quanto o Adicional, estará sujeito a pagar uma indenização, conforme prevê o regulamento do Plano Pecúlio.
O aumento de cobertura está sujeito a avaliação da declaração pessoal de saúde, não sendo garantida a aprovação.

41.3883 6000 I R. Treze de Maio, 616 I São Francisco I 80510.030 I Curitiba I PR I www.fcopel.org.br

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 circustâncias que possam infliuir na aceitação dessa **proposta de adesão ou da contibuição 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 teos 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 suspesão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestações de recusa deste proposta pela Fundação Copel no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente.

41.3883 6000 I R. Treze de Maio, 616 I São Francisco I 80510.030 I Curitiba I PR I www.fcopel.org.br