



# Rotary Youth Exchange Program

## Distritos Associados à ABIJ

### Brasil



#### Ficha para seguro de Vida/Acidentes

Preencher completamente na tela, imprimir, apor a assinatura do responsável e enviar por fax ou e-mail

Nome completo sem abreviações					
Data Nascimento	CPF n° do estudante	RG n°	Data Emissão	Órgão Emissor	Fuma ?
Endereço					
Bairro	Cidade			Est.	CEP
Tel/Fax Resid.	E-mail do estudante		Destino	Data da partida	
<b>DADOS DE QUEM ASSINA ESTA FICHA</b>					
Nome do Resp.			Pai ___ Mãe ___ Hospedeiro ___		
E-mail	CPF n°	RG n°	Tel	Cel	
<b>CONTA BANCÁRIA AUTORIZADA PARA DÉBITO</b>					
Nome do banco	N° agência	N° da conta		CPF/CNPJ do Correntista	
<b>PARA ESTUDANTES ESTRANGEIROS *</b>					
N° Passaporte ou RNE *	Visto válido até *	Nacionalidade *		M ___ F ___	Data da chegada
<b>OS BENEFICIÁRIOS SERÃO SEMPRE OS HERDEIROS LEGAIS – INDIQUE ABAIXO SE DESEJAR OUTROS</b>					
Observações ou outros Tel/Fax/E-mails					
O custo anual do seguro será de aprox.R\$ 250,00 - Indique o período exato para intercâmbios de curta duração Lembre-se de solicitar o cancelamento do seguro após o retorno do estudante.					
Data			Assinatura		

Envie para

Tel/Fax 11.6605.0533 ou [pedro.yep@gmail.com](mailto:pedro.yep@gmail.com)

NÃO DEIXE CAMPOS EM BRANCO – ASSINE TAMBÉM E ENVIE A FICHA ABAIXO

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE**

NOME DO PROPONENTE

NOME DO CORRETOR

SUSEP

Declaro para os devidos fins, que tenho ciência e concordo integralmente com os Termos das Condições Gerais ora apresentadas, bem como as Condições Particulares e Especiais que eventualmente façam parte integrante do seguro que estou contratando. Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que fazem parte integrante da proposta, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei direito à indenização decorrente do contrato de seguro, caso tenha ocorrido omissão de informações, o que põe em risco a aceitação e a validade da proposta, valor do capital e/ou renda ou a taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente também de que no momento do eventual sinistro, a Seguradora poderá solicitar a comprovação da renda/diária informada na proposta.

Autorizo neste ato ao referido Estipulante, a incluir meu nome na apólice de Vida e/ou Acidentes Pessoais garantida pela Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais situada à Av. Rio Branco, 1489 CNPJ 61.198.164/0001-60.

Fica ressalvado que os poderes ora outorgados não dão direito ao referido Estipulante de cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade.

Estou ciente de que não haverá cobertura para eventos e doenças pré-existentes a contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais.

**Autorizo a verificação dos documentos médicos referentes a meu tratamento em hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios e/ou qualquer outra entidade médica.**

Declaro para todos os fins e efeitos legais, que:

1. Estou em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional; 2. Não fui submetido a tratamento médico em regime hospitalar ou intervenções cirúrgicas; 3. Não sou portador de nenhuma doença crônica ou congênita e não faço uso contínuo de nenhum medicamento; 4. Nunca recebi indenização de seguro por doença ou acidente e nunca tive proposta de seguro de Vida, Acidentes Pessoais ou Plano / Seguro Saúde recusado; 5. Não sou tripulante, profissional ou amador, de qualquer tipo de aeronave; 6. Não sou praticante de esportes aéreos ou subaquáticos; 7. Não sou piloto, automobilístico ou motociclistico, de competições ou provas; 8. Declaro desconhecer ser portador de qualquer doença preexistente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE