GenteSaúde **Cartão-Proposta** **Gente**

Proposta nº:	Apólice nº: 01.93.0000279	Item/Certificado:	Cartão nº:

Estipulante: COMPANHIA DOCAS RIO DE JANEIRO

Proponente:	CPF:

Local e Data do Nascimento:

Estado Civil:	Sexo:	Fone:

Residência:

Cidade:	Estado: RS	CEP:

Garantias do Seguro

Básica: R$	Adicionais:		
[ ]Morte Qualquer Causa	[ ] IEA [ ] Aux. Funeral	[ ] IPA	[ ] IFPD

Cônjuge:

Local e Data do Nascimento:	Data Nasc.:

Filhos:

Beneficiários

Nomes:	Parentesco:	%:

Declaração de saúde e atividades: responda as perguntas a seguir de próprio punho, escrevendo por extenso as respostas "sim" ou "não" e todos os complementos de informações. Se necessário, utilize o verso ou anexos.

1- Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?

Em caso negativo, especifique o motivo:

2- É portador de alguma moléstia que o obrigue a consultar médicos ou fazer exames periódicos?

Esclareça: