

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Referente à Proposta de Adesão Número _____, -,

firmada nesta data por (nome completo do beneficiário titular) _____

CPF/MF: _____

Declaro estar ciente de que estou aderindo a um contrato coletivo por adesão, e não a um contrato individual, e que a aceitação de minha adesão e a de meus dependentes estará condicionada à aprovação prévia de minha entidade de classe. Declaro, ainda, para os devidos fins e efeitos, que as informações sobre minha condição de saúde e a de meus dependentes, bem como as demais informações prestadas na Proposta de Adesão, são absolutamente verdadeiras e completas. Reconheço a importância de dizer a verdade, a fim de não causar prejuízos aos demais participantes do contrato ou à minha entidade, que, por meio deste, estará autorizada a solicitar, a qualquer momento, documentação comprobatória referente às informações por mim fornecidas. Também estou ciente de que, de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente à mesma.

_____, ____ de _____ de 200__.

Local e data

Assinatura do Beneficiário Titular

Declaro, ainda nesta data, ter registrado todas as informações prestadas pelo proponente acima qualificado, não tendo ocorrido qualquer participação minha que possa ter influenciado-o em suas declarações, tanto neste Termo, quanto nos demais documentos, em especial na declaração das condições de saúde do titular e respectivos dependentes.

Nome completo do Corretor: _____

Assinatura do Corretor: _____