

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, na qualidade de _____ (grau de parentesco) do usuário _____, declaro que tenho pleno conhecimento do histórico de saúde do usuário do plano, desde o seu nascimento e assumo total responsabilidade pelas informações prestadas por ocasião do preenchimento da declaração de saúde, bem como me responsabilizo por todas as obrigações financeiras e contratuais relativas à adesão.

Estou ciente que assumo a responsabilidade pelas informações prestadas, tendo pleno conhecimento dos artigos 766 e 1.634, inciso V, do Código Civil Brasileiro:

“Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.”

Art. 1.634 Inciso V: “compete aos pais, quanto à pessoa dos filhos menores, a representá-los, até os dezesseis anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprimindo-lhes o consentimento”

De acordo, firmo o presente termo.



Digital Proponente Titular

Assinatura Responsável Legal e/ou Financeiro

CPF: _____

RG: _____

Salvador/BA, ____/____/____

MOTIVO DA SUBSTITUIÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

