

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.

Local / Data

CPF:

RG:

MOTIVO DA SUBSTITUIÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

