

PROPOSTA DE ADESÃO – SEGURO PRESTAMISTA

ESTIPULANTE Prefeitura Municipal de Elias Fauto		CNPJ 44.723.740/0001-21	APÓLICE DE SEGURO Nº
DADOS DO PROPONENTE			
NOME DO PROPONENTE Moisés Luiz Santana		NOME SOCIAL	
CPF 374.451.718-78	PROFISSÃO/CARGO Autônomo	(*) RENDA MENSAL (R\$) 3.000,00	
ESTADO CIVIL Solteiro	DATA DE NASCIMENTO 16/10/1986	SEXO MASCULINO () FEMININO ()	
ENDEREÇO COMPLETO Rua Augusto Lucio, nº 270		BAIRRO Pg. Edmério Carimã	
CIDADE Elias Fauto	UF SP	CEP 13.350-000	TELEFONE (DDD) (19) 98991-1049
MORTE		% RESPONSABILIDADE CONTRATUAL 100% CUSTEADO PELO SEGURADO	PRÊMIO MENSAL CONTRIBUTÁRIO INICIAL (R\$) 26,10
CAPITAL SEGURADO INICIAL (R\$) 137.500		TOMADOR	
NATUREZA DA OBRIGAÇÃO FINANCEIRA DO SEGURADO / CONTRATO Nº:			

AUTORIZAÇÕES / DECLARAÇÕES

Declaro reconhecer o exercício de minha opção pela contratação do seguro prestamista. Autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das condições gerais, devendo ser encaminhadas diretamente ao estipulante as comunicações ou aviso inerentes ao contrato. Autorizo, expressamente, que a seguradora me envie mensagens via e-mails, SMS ou WhatsApp com a finalidade relacionada à documentação geral, pagamentos e também novas ofertas de produtos e serviços prestadas unicamente por esta.

Declaro ter conhecimento das condições contratuais deste seguro, as quais li, entendi e concordo totalmente. Em caso contrário de qualquer destas declarações, explique a seguir o caso e motivo: _____

Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato e não obstante o conteúdo do art. 77 da resolução 1997/12 do Conselho Federal de Medicina, autorizo médicos, clínicas, hospitais e quaisquer outros profissionais de saúde que tenham me atendido, a fornecer informações acerca de meu estado de saúde. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições contratuais.

LOCAL E DATA 09 de outubro de 2024, Elias Fauto	ASSINATURA DO PROPONENTE Elias Fauto
---	--

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processos constante da apólice/proposta. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. Telefone gratuito de atendimento da SUSEP: 0800-021-8484. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A seguradora terá prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de protocolo para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa desta proposta. Os dados pessoais coletados por meio deste instrumento serão utilizados para cumprimento de obrigação legal, regulatória e vinculada ao próprio contrato, em conformidade com a lei 13.709/18 Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD e demais leis aplicáveis à segurança da informação, privacidade e proteção de dados pessoais. Fica a empresa estipulante autorizada a: - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise do risco segurável, não constituindo tal ato quebra do dever de sigilo das operações de instituições financeiras, e; - incluir o contrato objeto desta proposta de adesão na apólice de seguro. Este documento apresenta um resumo das principais características deste produto. Para maiores esclarecimentos/detalhamentos, solicite as condições gerais, especiais e cláusula das coberturas adicionais que se encontram em poder do estipulante. Maiores informações sobre o produto e a seguradora emissora da apólice podem ser consultadas no site da SUSEP: www.susep.gov.br. Em atendimento à lei 12741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/PASEP e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

allseg seguradora S/A – CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Processo SUSEP: 15414.100751/2003-91; 15414.629644/2019-16; 15414.629643/2019-63

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800-755-5985 / Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800-770-9797 / Ouvidoria: 0800-770-1102

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Esta declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal escrevendo "SIM" ou "NÃO" no campo de resposta, e as solicitações e/ou explicações abaixo de cada pergunta, quando for o caso.

	SIM ou NÃO
1) Informar peso <u>61</u> (kg) e altura <u>1.70</u> (m).	
2) Sofre de pressão alta ou algum problema no coração como arritmias, taquicardias, sopro no coração, coração fraco, coração grande etc.? Qual? Que tratamento realiza? Quais remédios utiliza? Se sim, especifique – resposta:	<u>NÃO</u>
3) Tem ou teve algum tipo de câncer, derrame (acidente vascular cerebral)? Qual? Quando? Que tratamento realizou? Ficou com algum tipo de seqüela? Se sim, especifique – resposta:	<u>NÃO</u>
4) Alguma vez precisou ficar internado(a) por algum tipo de doença ou para realização de alguma cirurgia? Qual? Quando? Se sim, especifique – resposta:	<u>NÃO</u>
5) Tem diabetes, cirrose, hepatite ou alguma doença do fígado, rins, bexiga ou próstata? Há quanto tempo? Toma que remédios? Quando foi a última crise? Se sim, especifique – resposta:	<u>NÃO</u>
6) Você fuma? Há quanto tempo? Quantos cigarros por dia? Se sim, especifique – resposta: <u>2 cigarros por semana</u>	<u>SIM</u>
7) Teve resultados alterados de exames médicos no último ano? Se sim, especifique e envie para nossa análise. Resposta:	<u>NÃO</u>
8) Sofre de alguma outra doença respiratória (asma, bronquite ou enfisema) ou não mencionada antes? Se positivo, qual doença? Há quanto tempo? Quais tratamentos realiza? Se sim, especifique – resposta:	<u>NÃO</u>
Local e data	Assinatura do proponente
<u>Elias Fausto, 09/10/2024</u>	<u>* Moisés Lin Santana</u>

allseg seguradora S/A – CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Processo SUSEP: 15414.100751/2003-91; 15414.629644/2019-16; 15414.629643/2019-63

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800-755-5985 / Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800-770-9797 / Ouvidoria: 0800-770-1102