

## **PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA**

**NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85**

**SEGURADORA: MAPFRE SEGUROS GERAIS – CNPJ 61.074.175/0001-38**

Avenida das Nações Unidas 14.261 – Ala A 29º andar, Vila Gertrudes – São Paulo / SP

### **OBJETIVO DO SEGURO**

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ou saldo devedor ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra a morte e/ou invalidez total por acidente do segurado, de acordo com as condições contratuais, desde que o evento não se enquadre como risco excluído da cobertura securitária.

### **BENEFICIÁRIO**

Credor/Estipulante, nos termos da regulamentação em vigor.

### **DISPOSIÇÕES GERAIS**

Autorizo a Estipulante a incluir meu nome na apólice de Seguro Prestamista contratado junto a MAPFRE Seguros Gerais S/A (Seguradora) situada à Avenida das Nações Unidas, 14.261 Ala A 29º Andar, Vila Gertrudes, CEP 04794- 000, São Paulo/SP, CNPJ 61.074.175/0001-38, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as Cláusulas e Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhado diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados, não lhe darão o direito de cancelar o seguro sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio for de minha responsabilidade.

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. Em caso de cancelamento por perda de objeto a Seguradora deverá ser comunicada formalmente.

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 gerais.

O início de cobertura deste seguro terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita pela Seguradora e vigorará o fim de vigência da apólice, mediante pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

A cobrança do prêmio de seguro só poderá ser feita com a prévia autorização do Segurado, seja por boleto, débito em conta, cartão de crédito ou folha de pagamento.

## PROPOSTA DE ADEÇÃO AO SEGURO PRESTAMISTA

NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85

Em caso de cotas Pessoa Física com mais de um responsável, cada um deverá preencher a proposta de adesão e a indenização será proporcional ao número de titulares da cota. Em caso de cotas Pessoa Jurídica cada sócio, titulares, instituidores, administradores ou empresários, cada um deverá preencher a proposta de adesão e a indenização será proporcional a sua participação no capital social da empresa.

A Seguradora se reserva no direito de negar a indenização, em caso de evento por morte, decorrente de má-fé e/ou doença pré-existente não declarada quando da assinatura deste documento.

Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Declaro que estou em perfeitas condições de saúde, não estou afastado de minhas atividades habituais por motivo de saúde, não sou portador de qualquer moléstia grave, crônica ou incurável, não tenho redução física e funcionais de órgãos ou sentidos, não fui submetido a intervenção cirúrgica (inclusive biopsia), não fui e nem estou sendo submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos prolongados, e estou ciente de que quaisquer omissões ou falsidades, torna o seguro nulo, não responsabilizando a Seguradora pelos pagamentos de nenhuma indenização de seguro, conforme os termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

Declaro que tomei ciência dos termos das Condições Gerais e Contratuais do seguro, bem como de todas as coberturas, hipóteses de exclusão de cobertura e riscos excluídos do seguro, e sobre elas não tenho quaisquer dúvidas ou ressalvas. É de meu conhecimento que estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência de doenças, lesões e sequelas preexistentes à minha inclusão no seguro.

Autorizo ainda, à Seguradora a efetuar o levantamento do meu prontuário médico, junto a hospitais, clínicas, entidades públicas ou privadas, pronto-socorro e ou consultórios médicos, a fim de dirimir dúvidas quanto a real causa morte que poderei ser portador, bem como sobre resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional.

Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao dever de sigilo profissional.

**DECLARO QUE TIVE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES GERAIS E EXPRESSO MINHA CONCORDÂNCIA COM A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PRESTAMISTA.**