



## Proposta de Adesão Seguro Prestamista

**Quem é o segurado?**

☒ Pessoa Física

☐ Pessoa Jurídica

Nº da cooperativa  
4086

Nome da cooperativa  
SICOOB COOPSEF

Nº do contrato de crédito

## ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE

Estipulante

CNPJ

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS DO SICOOB LTDA

04.891.850/0001-88

Subestipulante

CNPJ

SICOOB COOPSEF

16.721.078/0001-35

## DADOS DO PROPONENTE/SEGURADO

Nome completo

Data de nascimento

Idade

Sexo

Estado civil

CPF

Profissão

Nacionalidade

Residente no Brasil

Tem obrigações fiscais com outros países?

☐ Sim

☐ Não

Endereço residencial

Bairro

Cidade

Estado

CEP

DDD - Telefone

## CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIO

Tipos de capital

Data da liberação da operação (Início de vigência)

PRINCIPAL (FIXO)

Data de Vencimento da Operação (Fim de vigência)

## TITULAR

Morte

IPTA

PRÊMIO MENSAL

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

## BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário será o Subestipulante ou quem ele indicar, desde que observado o objetivo do seguro de quitar a dívida contraída pelo segurado até o seu limite. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, existindo saldo de capital, o beneficiário será o próprio segurado. Em caso de morte, existindo saldo de capital, o seguro será pago aos beneficiários indicados pelo segurado. Inexistindo indicação, o benefício será pago de acordo com o artigo 792 do Código Civil. O segurado poderá, a qualquer tempo, alterar a indicação de seus beneficiários, em formulário específico.

☒ Herdeiros legais

### Beneficiários Designados

Nome Completo	Nascimento	Parentesco	Participação (%)	
				+
				-
				-
				-

## FORMA DE PAGAMENTO

## Proposta de Adesão Seguro Prestamista

DÉBITO EM CONTA CORRENTE	Periodicidade ÚNICO (À VISTA)	Nº da Instituição financeira 4086
--------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

Instituição financeira	Nº Agência	Nº Conta corrente
------------------------	------------	-------------------

Nome do titular da conta

As informações sobre atualizações, benefícios e processos SUSEP constam da via do proponente (Notas Explicativas)

Autorizo a instituição financeira acima a debitar na conta corrente o valor correspondente ao prêmio do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados com base nas informações enviadas diretamente pela seguradora à instituição financeira. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente em conta para a finalidade desta proposta. Na hipótese de insuficiência de fundos para quitação do valor da parcela devida, isento a instituição financeira de toda e qualquer responsabilidade e autorizo a seguradora a promover novas tentativas de débito, mesmo após a data de vencimento do compromisso, para regularização da parcela. Declaro-me ciente de que a instituição financeira poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da seguradora ou da instituição financeira informadas nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas

Local e Data: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular da conta corrente

## NOTAS EXPLICATIVAS

A aceitação estará sujeita à análise do risco e o Sicoob Seguradora tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pelo SICOOB SEGURADORA no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor já aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

## INFORMAÇÕES GERAIS

Processos Susep: Seguro Prestamista Pessoal - 15414.901213/2016-31; Seguro Prestamista Rural - 15414.901216/2016-75.

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.

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

## BENEFÍCIOS

Morte: Garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental, do segurado.

IPTA: Garante indenização ao próprio segurado, em caso de invalidez permanente total por acidente.

## SEGURADORA

As coberturas de Seguro Prestamista previstas nesta proposta são garantidas pelo Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A. CNPJ: 26.314.512/0001-16.

## PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme Art. 4º da Circular SUSEP nº 445/2012.

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil. Autorizo entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações relacionadas ao meu estado de saúde, isentando-os de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional. Comprometo-me a informar à Seguradora a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após o preenchimento desta proposta, durante a vigência do(s) plano(s) por mim contratado(s). Declaro, ainda, que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com as condições gerais, inclusive quanto ao reenquadramento etário, que ocorrerá quando previsto no plano, anualmente, no mês de maio para os clientes com pagamento via desconto em folha e, no mês de aniversário da contratação do plano para as demais formas de pagamento. Reconheço que minha assinatura implica na minha automática adesão às condições gerais, sabendo que a aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, concedo ao Estipulante o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração e das cláusulas e condições da apólice. Estou ciente de que a apólice poderá não ser renovada em seu aniversário, por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Local e Data: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proponente (Representante da Empresa)