

Proposta de Adesão Seguro Prestamista Pessoa Física

Nº da cooperativa 4086 Nome da cooperativa SICOOB COOPSEF Nº do contrato de crédito

ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE

Estipulante CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS DO SICOOB LTDA CNPJ 04.891.850/0001-88

Subestipulante SICOOB COOPSEF CNPJ 16.721.078/0001-35

DADOS DO PROPONENTE/REPRESENTANTE DA EMPRESA

Nome completo Data de nascimento

Idade Gênero 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

Tipo de capital segurado Principal (fixo) Valor da operação de crédito (R\$) Contratação Percentual Segurado (%)

Data da liberação da operação (Início da vigência) Data de Vencimento da Operação (Fim da vigência)

Valor da cobertura de Morte (R\$) Valor da cobertura de IPTA (R\$) Prêmio

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

O valor do prêmio devido, previstas no item "ENCARGOS FINANCEIROS" do preâmbulo, foram calculadas considerando a Data de Emissão desta cédula, representando as condições vigentes na data do cálculo. Caso não ocorra coincidência entre a Data de Emissão e a data de liberação do crédito, o(s) EMITENTE(S), em caráter irrevogável e irretratável, autoriza a SEGURADORA a proceder ao pertinente e necessário recálculo para atualização do valor total devido.

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.



Proposta de Adesão Seguro Prestamista Pessoa Física

Beneficiários Designados

Nome Completo	Nascimento	Grau de relacionamento	Participação (%)	
				+
				-
				-
				-
				-

PAGAMENTO

Forma de pagamento	Periodicidade	Nº da Instituição financeira	
Débito em Conta Corrente	Único (à vista)	756	
Instituição financeira	Nº Agência	Nº Conta corrente	DV
Banco Cooperativo Sicoob S.A.			
Nome do titular da conta			

As informações sobre atualizações, benefícios e processos SUSEP constam nas Notas Explicativas.

Autorizo a instituição financeira acima a debitar na conta corrente ou folha de pagamento o valor correspondente ao prêmio do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela seguradora à instituição financeira. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente em conta para a finalidade desta proposta.

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 Proponente

Proposta de Adesão Seguro Prestamista Pessoa Física

NOTAS EXPLICATIVAS

A aceitação estará sujeita à análise do risco e o Sicoob Seguradora tem o prazo de até 15 (quinze) 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.

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.; e

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, inexistindo indicação, o benefício será pago de acordo com o artigo 792 do Código Civil.

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.

INFORMAÇÕES GERAIS

Processos Susep: Seguro Prestamista Pessoal: Capital Segurado Vinculado (Saldo Devedor) 15414.629597/2019-01. Seguro Prestamista Rural: Capital Segurado Fixo 15414.901216/2016-75; Capital Segurado Vinculado (Saldo Devedor) 15414.629599/2019-91.

O registro desses planos 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, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

O prêmio do seguro está calculado com a taxa _____%.

A remuneração pelos serviços de suporte operacional, comercialização e pós venda aos intermediários, para o seguro proposto, é calculada sobre o valor do prêmio líquido do seguro, no percentual de _____%.

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.; e

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, inexistindo indicação, o benefício será pago de acordo com o artigo 792 do Código Civil.

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.

BENEFÍCIOS

Morte: A cobertura garantirá a indenização para quitação do saldo devedor em caso de morte natural ou acidental do segurado contratante. Havendo saldo remanescente, o valor será pago aos beneficiários, conforme especificado no art. 1792 do Código Civil.

Morte em decorrência do COVID-19: A cobertura será realizada com observância ao período de carência, correspondente a 50 % (cinquenta por cento) do prazo do empréstimo, limitado a 90 (noventa) dias. A carência será contada a partir da data de contratação do empréstimo.

IPTA: A cobertura garantirá a indenização para quitação do saldo devedor em caso de invalidez permanente total por acidente do segurado contratante. Havendo saldo remanescente, o valor será pago ao próprio segurado.

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.

Proposta de Adesão Seguro Prestamista Pessoa Física

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que todas as informações ora fornecidas são verdadeiras e estou ciente 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.

Declaro estar ciente que em caso de cancelamento do seguro prestamista por manifestação e ocorrendo os eventos cobertos nessa proposta, a obrigação financeira a qual o seguro prestamista estava vinculado restará desprotegida e, eventual saldo devedor, será cobrado dos herdeiros/fiadores/avalistas e/ou garantidores.

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.**

Declaro que conheço integralmente o inteiro teor da POLÍTICA DE PRIVACIDADE E TRATAMENTO DE DADOS DO SICOOB, disponível eletronicamente no <https://www.sicoob.com.br/web/sicoob/lgpd-privacidade>, manifestando minha livre e expressa concordância para o tratamento dos meus Dados pessoais inclusive os Sensíveis - quando necessário -, de acordo com as condições especificadas na Política, que garante a proteção dos meus direitos em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) - Lei n.º 13.709/2018.

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.

Declaro, por fim, que exerci a opção pela contratação deste seguro prestamista, de forma livre, plena e consciente

Local e Data: _____, _____

Assinatura do Proponente