



VOLVO FINANCIAL SERVICES



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO / ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
 PESSOA JURÍDICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902391/2019-22 – APÓLICE 1475945
 PESSOA FÍSICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902333/2019-07– APÓLICE 1475946

Credor		CNPJ	
Volvo Administradora de Consórcio Ltda		74.118.381/0001-44	
Seguradora		CNPJ	
Bradesco Vida e Previdência S.A.		51.990.695/0001-37 – Cia 686	
Proposta	Valor da Categoria / Saldo Devedor	Grupo/Cota	Início da Vigência / Duração da Cota*

Dados do Proponente (Caso contratação Pessoa Física)

Nome		CPF	Profissão		
Renda Mensal	Sexo	Estado Civil	Pessoa Politicamente Exposta?		
E-mail		DDD	Telefone		
Endereço		Bairro	Cidade	UF	CEP

Dados do Estipulante (Caso contratação Pessoa Jurídica)

Razão Social		CNPJ/MF			
Valor do Patrimônio Estimado		Ramo de Atividade	Pessoa Politicamente Exposta?		
E-mail		DDD	Telefone		
Endereço		Bairro	Cidade	UF	CEP

Dados do Seguro

Coberturas	Capital	Franquia	Carência**
Morte	O Capital Segurado corresponderá ao saldo devedor, limitado ao máximo de R\$4.000.000,00 (quatro milhões de reais) por cobertura.	Não há	De 2 (anos) para suicídio e 90 dias para outras causas
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)		Não há	Não há

CÁLCULO DE PRÊMIO DO SEGURO

Valor do Capital Segurado (R\$)	Taxa do Seguro (com IOF)	Prêmio Mensal Inicial (R\$)***
	0,040%	

***VIGÊNCIA DO SEGURO:** O início de vigência do risco será a partir da data de recepção da proposta de adesão/contratação assinada, e o término de vigência se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Certificado de Seguro, sendo que deverá corresponder ao prazo da obrigação a que este seguro está atrelado.

****CARÊNCIA:** 50% do período limitado a 90 (noventa) dias consecutivos, para morte natural, a partir do primeiro dia de vigência do risco individual. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.



VOLVO FINANCIAL SERVICES



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO / ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
PESSOA JURÍDICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902391/2019-22 – APÓLICE 1475945
PESSOA FÍSICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902333/2019-07– APÓLICE 1475946

*****PRÊMIO MENSAL:** O prêmio mensal irá variar de acordo com a variação do saldo devedor da operação.

GRUPO SEGURÁVEL: Sócio(s) da Empresa contratante ou Pessoa Física contratante que se encontre(m) em plena atividade profissional e perfeitas condições de saúde com idade entre 18 (dezoito) a 70 (setenta) anos na data da contratação. Não poderá(ão) participar deste seguro o(s) sócio(s) ou proponentes cuja soma de idade com o prazo de duração do financiamento ou compromisso assumido na data de assinatura da proposta de adesão exceda 79 (setenta e nove) anos. Não fará jus à indenização o(s) sócio(s) que na data da ocorrência do evento coberto, tiver menos de 6 (seis) meses de participação societária na Empresa contratante.

ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA: Não haverá atualização monetária para os valores do capital segurado e do prêmio correspondente. Dado que os capitais segurados são estabelecidos a partir do valor da dívida do segurado, na data de ocorrência do evento gerador da indenização, os capitais segurados e prêmios, serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no saldo devedor da dívida.

CUSTEIO DO SEGURO: Contributário

DECLARAÇÃO DE SAÚDE:

a) Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

b) Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

c) Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

d) Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

Declaro que todas as respostas acima são a expressão da verdade e que nada omiti quanto ao que me foi questionado. Estou ciente de que as declarações prestadas serão parte integrante do meu contrato de seguro a ser firmado com a seguradora designada pela Volvo Administradora de Consórcio Ltda. (Credor), localizada na Av. Juscelino K. de Oliveira, nº 2600 – CIC, CEP: 81260-900, Curitiba-PR e autorizo esta empresa a utilizá-las em qualquer época, na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique quebra de sigilo profissional.

OBJETIVO DO SEGURO

O seguro prestamista tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado.

Modalidade capital segurado: Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

BENEFICIÁRIO

Credor, nos termos da regulamentação em vigor.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Pela presente proposta autorizamos a nossa inclusão na apólice de Seguro Prestamista contratada junto ao Estipulante acima, a quem concedemos o direito de agir em nosso nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais da referida Apólice contratado junto a BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA (Seguradora) com sede na Av. Alphaville, 779 – Alphaville – Barueri/SP - CEP 06472-900, inscrita no CNPJ 51.990.695/0001-37.



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO / ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
PESSOA JURÍDICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902391/2019-22 – APÓLICE 1475945
PESSOA FÍSICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902333/2019-07 – APÓLICE 1475946

Declaro ainda que o produto acima indicado está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse sem qualquer vinculação com outro e/ou operação disponibilizada pela Volvo Administradora de Consórcio Ltda aos seus clientes.

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. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

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 Seguradora poderá manifestar-se sobre a proposta de adesão, no prazo legal estabelecido. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora. Em caso de recusa, o Proponente será comunicado por escrito no prazo de até 15 (quinze) dias sobre essa recusa, contados da data da assinatura da Proposta de Adesão pelo cliente. A ausência de manifestação, da sociedade seguradora no prazo previsto caracterizará a aceitação tácita.

Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para esclarecimentos das informações prestadas. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

A adesão realizada com a utilização de meios remotos dispensa a assinatura da Proposta de Contratação/Adesão pelo Proponente, assegurado o direito de desistência no prazo de 7 (sete) dias a contar da formalização da Proposta. Para tanto deverá solicitar pelo mesmo meio de contratação.

A emissão do certificado de seguro ocorrerá após a aceitação da proposta pela Seguradora e terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicado, mediante pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

O pedido de cancelamento, observadas as Condições Gerais do Seguro, será assegurado ao cliente neste mesmo canal de contratação, diretamente via Volvo Administradora de Consórcio Ltda.

As Condições Gerais e Certificado de Seguro, estarão disponíveis no site bradescoseguros.com.br. Mantenha sempre atualizados os seus dados cadastrais.

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. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, o Seguro será cancelado, sem que seja devida ao Estipulante, Segurado ou Beneficiário a percepção proporcional de qualquer Indenização relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios pagos.

Para contratações de Pessoa Jurídica

O valor do capital segurado referente a cada sócio sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição societária do estipulante. O capital segurado individual será apurado na data do evento, proporcionalmente à participação do segurado sinistrado na composição societária do estipulante em relação ao capital segurado integral.

A Proposta de Contratação com Declaração Pessoal de Saúde deverá ser assinada pelo sócio representante da empresa e deverá constar que, todos os sócios são elegíveis ao seguro, estão em conformidade com as regras de aceitação e que não há nenhum, dentre os sócios, com doença pré-existente nos últimos 3 (três) anos. **Desta forma, o sócio representante declara que os demais sócios estão cientes e concordam com as informações e declarações prestadas no presente instrumento, inclusive as informações da Declaração Pessoal de Saúde.** Tal informação é relevante à aceitação do seguro e será de responsabilidade do sócio representante.

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.



VOLVO FINANCIAL SERVICES



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO / ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
PESSOA JURÍDICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902391/2019-22 – APÓLICE 1475945
PESSOA FÍSICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902333/2019-07 – APÓLICE 1475946

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.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP.

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

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Em casos de reclamação, o segurado também poderá acessar a plataforma digital através do link: <http://www.consumidor.gov.br>.

As informações exigidas pela Resolução CNSP 382/20 estão disponíveis na Central de Atendimento 0800 725 0433 (Todas as Regiões), 24h, 7 dias por semana. As informações de participação societária das companhias do Grupo Bradesco Seguros estão disponíveis no site www.bradescori.com.br. Constitui dever do intermediário dar cumprimento integral às disposições da Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente de informações sobre eventuais conflitos de interesses na relação entre intermediário e Seguradora, se atua com exclusividade e o montante da remuneração pela intermediação deste contrato."

Em atendimento à Lei n. 12.741/12, informamos os tributos incidentes sobre Prêmios de Seguros: PIS 0,65% (*); COFINS 4,00% (*) e IOF de 0,38%.

(*) Apurados e recolhidos nos termos da legislação aplicável.

Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada por meio da central de atendimento de sinistro 3003-4199 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 200 0999 (demais regiões), atendimento de Segunda à Sábado das 08h às 22h.

Para efeito de aplicação do art. 766 do Código Civil, declaro que não tenho conhecimento de ser portador de quaisquer doenças ou lesões relevantes que exijam tratamento médico e que não estou afastado de minhas atividades habituais por motivo de saúde. Estou ciente 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 prestamista.

Declaro, também, que tomei ciência e fui formalmente informado, antes da aquisição do seguro, acerca do montante da remuneração paga pela Seguradora a título de intermediação do contrato de seguro, bem como acerca dos respectivos valores de prêmio comercial ou contribuição do contrato, sem prejuízo do direito de poder solicitá-las na forma estabelecida pela legislação e regulamentação em vigor.

Tenha acesso as informações referentes a comissão praticada na comercialização deste seguro no site www.vfsc.com/br/compliance.html, clicando em "Corretora de Seguros". Remuneração do Estipulante: Não há. Excedente Técnico: Não há.

Declaro ainda que tomei ciência dos termos das Condições Contratuais do Seguro prestamista, 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. 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.



PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO / ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA
PESSOA JURÍDICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902391/2019-22 – APÓLICE 1475945
PESSOA FÍSICA - NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.902333/2019-07– APÓLICE 1475946

Fica expressamente acordado que o presente documento poderá ser assinado por meio físico, digital ou eletrônico, sendo que as declarações aqui constantes, independentemente do formato elegido, presumir-se-ão verdadeiras, nos termos dispostos nos artigos 219 e 225 da Lei n. 10.406/02 (Código Civil), bem como ao exposto na MP 2.200-2, no que for aplicável.

Em caso de assinatura por meio digital ou eletrônico, os signatários declaram e reconhecem que: (i) possuem capacidade para assinar digitalmente o presente instrumento, não podendo alegar posteriormente a oposição de assinatura por quaisquer fatores que possam vir a entender como um impedimento; (ii) são responsáveis pelo sigilo e uso dos endereços de e-mail, telefones celulares e acessos para consecução da assinatura digital/eletrônica, cujas senhas são de uso pessoal e intransferível e (iii) ao utilizar a Ferramenta de Assinatura Eletrônica, disponibilizarão informações fidedignas, responsabilizando-se pela autoria e integridade das assinaturas."

Ao formalizar esta Proposta de Adesão, estou ciente e concordo que os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

() Sim, estou ciente e concordo.

() Não concordo e declaro conhecimento de que minha discordância poderá inviabilizar a análise da Proposta e, por consequência, a contratação do seguro.

Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Vida e Previdência S.A., consulte a nossa Diretiva de Privacidade disponível para consulta em www.bradescoseguranca.com.br

Corretor: Volvo Corretora de Seguros, Adm e Serv (Brasil) Ltda – **CNPJ:** 02.519.440/0001-85 **SUSEP:** 202031378

Conheça a Política de Privacidade da Volvo Corretora de Seguros em www.vfsc.com.br/pt-br/about-us/data-privacy.html

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

Local e Data	Assinatura do Autorizada da Empresa

CENTRAL DE ATENDIMENTO - BRADESCO VIDA E PREVIDÊNCIA

Central de Relacionamento: Consultas, Informações e Serviços Transacionais - Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704 Demais Localidades: 0800 701 2714. Das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144. Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778 - Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.