



**PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA VINCULADO**  
**NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.001248/2012-45**

Estipulante/Credor		CNPJ	
Volvo Administradora de Consórcio Ltda		74.118.381/0001-14	
Início de Vigência do Seguro	Valor da Obrigação	Identificação	
	R\$	Grupo/Cota:	
Empresa Contratante (quando contratado por Pessoa Jurídica)		CNPJ	
Proponente (Titular ou Sócio quando Pessoa Jurídica)		CPF	Data de Nascimento
RG	DDD	Telefone	PEP
			Sim Não
Endereço		Bairro	Cidade
		UF	CEP
<b>Coberturas</b>		<b>Capital</b>	<b>Franquia</b>
Morte		Saldo devedor do contrato da obrigação limitado a R\$ 2.500.000,00	Não há
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)			Não há
Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença		Quitação de até 2 parcelas no valor de R\$ 5.250,00, cada parcela, CPF ou CNPJ.	15 (dias)
			30 dias
<b>CUSTEIO E PRÊMIO</b>			
<b>Prêmio Mensal Inicial:</b> R\$		<b>Periodicidade de Pagamento:</b> Mensal	<b>Custeio do Seguro:</b> 100% pago pelo segurado

**\*CARÊNCIA:** Para a cobertura de Morte será aplicada a carência no caso de suicídio ou sua tentativa ocorrida nos primeiros 2 (dois) anos a partir da data de início da vigência do Segurado.

**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.

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE:**

- a) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso de resposta negativa, explicar o motivo.
- b) Sofre hoje, ou sofreu nos últimos três anos, de doença que o obrigou a tratamento médico, intervenção cirúrgica, hospitalização ou afastamento de suas atividades profissionais?
- c) Sofre hoje ou já sofreu de doenças nervosas ou cardíacas? Em caso de resposta afirmativa, especificar.
- d) É portador de alguma deficiência em órgãos, membros ou sentidos? Em caso de resposta afirmativa, especificar.
- e) Prática algum esporte de alto risco (paraquedismo, voo livre, automobilismo, etc.) ou exerce atividades a bordo de aeronaves de quaisquer características? Especifique.

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. (Estipulante) e autorizo esta empresa a utilizá-las em qualquer época, na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique quebra de sigilo profissional.



**PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA VINCULADO**  
**NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.001248/2012-45**

### **OBJETIVO DO SEGURO**

O seguro prestamista tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado. Poderão ser analisados para adesão os participantes dos grupos de consórcio que tenham idade superior a 18 (dezoito) e não poderá participar deste seguro, o consorciado cuja soma da idade com o prazo de duração da cota, na data da assinatura deste contrato, exceda a 70 (setenta) anos.

Importante: Quando PESSOA JURÍDICA e um dos sócios possuir idade (inicial mais prazo de contrato) superior ao limite de 70 (setenta) anos incompletos, o percentual de indenização que lhe cabe, que é proporcional a sua participação na sociedade, será rateado de forma igualitária entre os demais sócios, que satisfaçam as condições para ingresso neste seguro.

### **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 SOMPO SEGUROS (Seguradora) situada à Rua Cubatão, Nr 320 – 5º andar – Vila Mariana, CEP 04013-001, São Paulo/SP, CNPJ 61.383.493/0001-80 – Telefones: Grande São Paulo 11-3156-2990 ou demais localidades 0800 77 19 119, 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.**

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.

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 até 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.

Em caso de cotas Pessoa Física com mais de um responsável, cada um deverá preencher a proposta de adesão e Declaração Pessoal de Saúde e a aceitação do seguro será condicionada a análise desta seguradora. Em caso de cotas Pessoa Jurídica, a Proposta de Adesão com Declaração Pessoal de Saúde deverá ser assinada pelo sócio representante da 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. Tal informação é relevante a aceitação do seguro e será de responsabilidade do sócio representante.

A proposta deverá ser assinada por um dos sócios (responsável) e deverá conter as seguintes informações dos demais:



**PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA VINCULADO**  
**NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.001248/2012-45**

<b>Sócio 1</b>	
Nome:	CPF:
Dt. Nasc:	% Part.:
<b>Sócio 2</b>	
Nome:	CPF:
Dt. Nasc:	% Part.:
<b>Sócio 3</b>	
Nome:	CPF:
Dt. Nasc:	% Part.:

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 ou a alteração na participação societária em no mínimo 60 dias de antecedências a ocorrência do evento coberto.

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.

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 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.

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

Local e Data	Assinatura do Segurado