

**PROPOSTA DE ADESÃO  
SEGUROS PRESTAMISTA - SIMPLIFICADA**



CNPJ: 61.383.493/0001-80

**DADOS DO ESTIPULANTE**

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	Apólice nº.10000194	Sub Grupo nº
Razão Social CAMVEL ADMINISTRADORA DE CONSORCIOS LTDA		CNPJ 72.461.643/0001-43
Subestipulante		CNPJ

**DADOS DO PROPONENTE**

Nome Completo Titular		Data de Nascimento	
Sexo	Estado Civil	CPF	
Documento Tipo e nº (RG, RNE, Passaporte etc)		Órgão Emissor	Data Expedição
Atividade Exercida / Ocupação/Profissão		Renda Mensal	Matrícula
Grupo/Cota/nº do contrato		Prazo da Operação (meses)	
É pessoa politicamente exposta conforme previsto na Circular SUSEP 445/2012? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, em qual cargo/função?			
Endereço		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD	Telefone 1	DDD	Telefone 2 ou Fax
		E-mail	

As correspondências serão enviadas de acordo com o cadastro do Corretor na Seguradora.

**DADOS DO SEGURO**

Coberturas		Capitais Segurados	
Morte			
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)			
Prêmio Inicial Mensal do Seguro	Início de Vigência: / /	Se aceita essa proposta de adesão pela Sompso Seguros, o seguro terá início de vigência a partir das 24 horas da data aqui escolhida.	

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE**

QUESTÕES (preenchimento manual)		Respostas Sim / Não
1	Encontra-se em perfeitas condições de saúde e em pleno exercício de atividade profissional? Se não, informe o motivo e a data de aposentadoria.	
2	Foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar, intervenções clínicas ou cirúrgicas nos últimos 10 (dez) anos? Em caso positivo, informe o(s) motivo(s), datas, resultados e os dados do médico que fez o tratamento.	
3	É ou já foi portador de alguma doença ou moléstia crônica ou congênita? Está tomando de forma contínua algum medicamento? Em caso positivo, esclareça o quadro atual e informe nome(s) dos medicamentos e a dose diária.	
4	Já solicitou, recebeu indenização de seguro por doença ou acidente? Tem alguma proposta de seguro de vida, acidentes pessoais, doenças graves, seguro/plano de saúde recusado? Em caso positivo, informe a seguradora, data e o motivo.	
5	Já obteve indicação e/ou recebeu tratamento médico para síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ou qualquer outra doença sexualmente transmissível?	
6	É tripulante, profissional ou amador, de qualquer tipo de aeronave? É praticante de esportes aéreos ou subaquáticos? É piloto, automobilístico ou moto ciclístico, de competições ou provas? Pratica algum tipo de luta (marciais, box, etc), em caráter profissional ou amador? Esclareça e especifique qualquer item afirmativo, indicando a frequência.	

ITEM	INFORMAÇÕES ADICIONAIS – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE E BENEFICIÁRIOS

**Atenção:** A contar da data de recebimento, pela Seguradora, desta proposta, devidamente acompanhada de toda a documentação eventualmente necessária à análise do risco, a Seguradora terá 15 (quinze) dias para avaliar se aceita ou não esta proposta, obedecidas as suas exclusivas regras de aceitação, que são aplicáveis indistintamente a todas as propostas. Caso a proposta não seja aceita pela Seguradora e tenha havido algum adiantamento de prêmio, este será devolvido corrigido pela variação do IPC-FIPE, pró rata die. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da

**PROPOSTA DE ADESÃO  
SEGUROS PRESTAMISTA - SIMPLIFICADA**



CNPJ: 61.383.493/0001-80

**DADOS DO ESTIPULANTE**

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	Apólice nº.10000194	Sub Grupo nº
Razão Social CAMVEL ADMINISTRADORA DE CONSORCIOS LTDA		CNPJ 72.461.643/0001-43
Subestipulante		CNPJ

**DADOS DO PROPONENTE**

Nome Completo Titular		Data de Nascimento	
Sexo	Estado Civil	CPF	
Documento Tipo e nº (RG, RNE, Passaporte etc)		Órgão Emissor	Data Expedição
Atividade Exercida / Ocupação/Profissão		Renda Mensal	Matrícula
Grupo/Cota/nº do contrato		Prazo da Operação (meses)	
É pessoa politicamente exposta conforme previsto na Circular SUSEP 445/2012? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, em qual cargo/função?			
Endereço		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD	Telefone 1	DDD	Telefone 2 ou Fax
		E-mail	

As correspondências serão enviadas de acordo com o cadastro do Corretor na Seguradora.

**DADOS DO SEGURO**

Coberturas	Capitais Segurados
Morte	
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	
Prêmio Inicial Mensal do Seguro	Início de Vigência: / / Se aceita essa proposta de adesão pela Sompso Seguros, o seguro terá início de vigência a partir das 24 horas da data aqui escolhida.

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE**

QUESTÕES (preenchimento manual)		Respostas Sim / Não
1	Encontra-se em perfeitas condições de saúde e em pleno exercício de atividade profissional? Se não, informe o motivo e a data de aposentadoria.	
2	Foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar, intervenções clínicas ou cirúrgicas nos últimos 10 (dez) anos? Em caso positivo, informe o(s) motivo(s), datas, resultados e os dados do médico que fez o tratamento.	
3	É ou já foi portador de alguma doença ou moléstia crônica ou congênita? Está tomando de forma contínua algum medicamento? Em caso positivo, esclareça o quadro atual e informe nome(s) dos medicamentos e a dose diária.	
4	Já solicitou, recebeu indenização de seguro por doença ou acidente? Tem alguma proposta de seguro de vida, acidentes pessoais, doenças graves, seguro/plano de saúde recusado? Em caso positivo, informe a seguradora, data e o motivo.	
5	Já obteve indicação e/ou recebeu tratamento médico para síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ou qualquer outra doença sexualmente transmissível?	
6	É tripulante, profissional ou amador, de qualquer tipo de aeronave? É praticante de esportes aéreos ou subaquáticos? É piloto, automobilístico ou moto ciclístico, de competições ou provas? Pratica algum tipo de luta (marciais, box, etc), em caráter profissional ou amador? Esclareça e especifique qualquer item afirmativo, indicando a frequência.	

**ITEM INFORMAÇÕES ADICIONAIS – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE E BENEFICIÁRIOS**

--	--

**Atenção:** A contar da data de recebimento, pela Seguradora, desta proposta, devidamente acompanhada de toda a documentação eventualmente necessária à análise do risco, a Seguradora terá 15 (quinze) dias para avaliar se aceita ou não esta proposta, obedecidas as suas exclusivas regras de aceitação, que são aplicáveis indistintamente a todas as propostas. Caso a proposta não seja aceita pela Seguradora e tenha havido algum adiantamento de prêmio, este será devolvido corrigido pela variação do IPC-FIPE, pró rata die. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da

**PROPOSTA DE ADESÃO  
SEGUROS PRESTAMISTA - SIMPLIFICADA**



CNPJ: 61.383.493/0001-80

cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos acima serão suspensos até que o ressegurador se manifeste formalmente.

Nome Completo Titular

Data de Nascimento

**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

Declaro que, caso aceita esta Proposta de Adesão pela Sompo Seguros, a emissão da apólice de Seguro será feita com as coberturas, prêmio e condições aqui indicadas. Autorizo a minha inclusão, tendo como Estipulante a pessoa jurídica indicada nesta proposta, a quem autorizo minha representação perante a Sompo Seguros para todos os fins necessários. Declaro também, para todos os fins, ter tido conhecimento prévio das Condições Gerais e Especiais do seguro, suas coberturas e limitações (riscos excluídos e perda de direitos), com as quais concordo plena e integralmente. Declaro, ainda, que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras, completas, exatas e precisas com relação às circunstâncias por mim conhecidas e que possam influir na avaliação do risco a ser feita pela Sompo Seguros, sob pena de perder o direito à eventual cobertura securitária (artigo 766 do Código Civil Brasileiro). Assumo o compromisso de comunicar de forma imediata à Sompo Seguros quaisquer alterações ora prestadas ou ainda quaisquer outras que possam modificar o risco ora garantido, em conformidade com as Condições Gerais e Especiais. Ressalvo que os poderes de representação do Estipulante não lhe dão o direito de autorizar o aumento de prêmio em decorrência de agravo de risco ou redução do meu Capital Segurado ou o cancelamento do meu seguro, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, que a apólice poderá ser cancelada caso não concorde com a condição reajustada, ou mesmo que a apólice poderá não ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Sompo Seguros.

Em caso de contratação de seguro contributivo, autorizo o estipulante ou a Sompo Seguros S.A. a efetuar o débito de minha conta-corrente ou emitir carnê de cobrança em meu nome, referente ao custo que me cabe pela minha participação no seguro, caracterizado nesta proposta, bem como reajustar minha contribuição quando do meu expresso consentimento, observados os critérios de reajuste e de reenquadramento de taxa previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais do seguro. Tenho ciência de que o não pagamento da contribuição poderá acarretar o cancelamento do seguro conforme os prazos previstos nas Condições Gerais do seguro.

Estou ciente e de acordo que não haverá cobertura para eventos ou doenças preexistentes à contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais e Especiais. Estou ciente que a Sompo Seguros poderá solicitar o envio ou a realização de exames médicos e laboratoriais e informações adicionais e que, somente após o recebimento de todos os exames e informações requeridos, a Sompo Seguros decidirá quanto à aceitação integral ou parcial desta proposta.

Local e Data

Assinatura do Proponente

Estou ciente de minha responsabilidade pela conferência dos documentos de identificação do proponente, bem como pela autenticidade de sua assinatura e veracidade dos dados cadastrais, sob as penas da legislação civil e penal, especialmente da Lei nº 4594/64, Capítulo V. Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais e Especiais deste seguro, o qual está ciente de seu conteúdo.

Local e Data

Assinatura do Corretor

**DADOS DE PRODUÇÃO**

Sucursal	Inspetoria	Inspetor	Código Corretor	Corretor 1
			Código Corretor	Corretor 2

1ª via Seguradora 2ª via Corretor 3ª via Segurado

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 à 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 de seu número de 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.

**PROPOSTA DE ADESÃO  
SEGUROS PRESTAMISTA - SIMPLIFICADA**



CNPJ: 61.383.493/0001-80

cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos acima serão suspensos até que o ressegurador se manifeste formalmente.

Nome Completo Titular

Data de Nascimento

**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

Declaro que, caso aceita esta Proposta de Adesão pela Sompo Seguros, a emissão da apólice de Seguro será feita com as coberturas, prêmio e condições aqui indicadas. Autorizo a minha inclusão, tendo como Estipulante a pessoa jurídica indicada nesta proposta, a quem autorizo minha representação perante a Sompo Seguros para todos os fins necessários. Declaro também, para todos os fins, ter tido conhecimento prévio das Condições Gerais e Especiais do seguro, suas coberturas e limitações (riscos excluídos e perda de direitos), com as quais concordo plena e integralmente. Declaro, ainda, que todas as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras, completas, exatas e precisas com relação às circunstâncias por mim conhecidas e que possam influir na avaliação do risco a ser feita pela Sompo Seguros, sob pena de perder o direito à eventual cobertura securitária (artigo 766 do Código Civil Brasileiro). Assumo o compromisso de comunicar de forma imediata à Sompo Seguros quaisquer alterações ora prestadas ou ainda quaisquer outras que possam modificar o risco ora garantido, em conformidade com as Condições Gerais e Especiais. Ressalvo que os poderes de representação do Estipulante não lhe dão o direito de autorizar o aumento de prêmio em decorrência de agravo de risco ou redução do meu Capital Segurado ou o cancelamento do meu seguro, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, que a apólice poderá ser cancelada caso não concorde com a condição reajustada, ou mesmo que a apólice poderá não ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Sompo Seguros.

Em caso de contratação de seguro contributivo, autorizo o estipulante ou a Sompo Seguros S.A. a efetuar o débito de minha conta-corrente ou emitir carnê de cobrança em meu nome, referente ao custo que me cabe pela minha participação no seguro, caracterizado nesta proposta, bem como reajustar minha contribuição quando do meu expresso consentimento, observados os critérios de reajuste e de reenquadramento de taxa previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais do seguro. Tenho ciência de que o não pagamento da contribuição poderá acarretar o cancelamento do seguro conforme os prazos previstos nas Condições Gerais do seguro.

Estou ciente e de acordo que não haverá cobertura para eventos ou doenças preexistentes à contratação deste seguro, conforme previsto nas Condições Gerais e Especiais. Estou ciente que a Sompo Seguros poderá solicitar o envio ou a realização de exames médicos e laboratoriais e informações adicionais e que, somente após o recebimento de todos os exames e informações requeridos, a Sompo Seguros decidirá quanto à aceitação integral ou parcial desta proposta.

Local e Data

Assinatura do Proponente

Estou ciente de minha responsabilidade pela conferência dos documentos de identificação do proponente, bem como pela autenticidade de sua assinatura e veracidade dos dados cadastrais, sob as penas da legislação civil e penal, especialmente da Lei nº 4594/64, Capítulo V. Declaro que entreguei ao Proponente as Condições Gerais e Especiais deste seguro, o qual está ciente de seu conteúdo.

Local e Data

Assinatura do Corretor

**DADOS DE PRODUÇÃO**

Sucursal	Inspetoria	Inspetor	Código Corretor	Corretor 1
			Código Corretor	Corretor 2

1ª via Seguradora 2ª via Corretor 3ª via Segurado

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 à 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 de seu número de 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.