

**DADOS DO ESTIPULANTE**

<input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	Apólice nº.	Sub Grupo nº
Razão Social		CNPJ
Subestipulante		CNPJ

**DADOS DO PROPONENTE**

Nome Empresa		CNPJ
Nome Completo		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
		Centro de Custo
Grupo/Cota/nº do contrato	Participação no contrato %	Prazo da Obrigação (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 Sompo Seguros.		

**DADOS DO SEGURO**

Coberturas	Capital Segurado R\$
Morte	
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	
Taxa do seguro (%)	Prêmio Mensal do Seguro
Modalidade de Capital Segurado:	

**Início de Vigência:**     /     /     Se aceita essa proposta de adesão pela Sompo Seguros, o seguro terá início de vigência a partir das 24 horas da data aqui escolhida e o fim de vigência vinculado ao prazo da obrigação indicada acima.  
**Em caso de extinção antecipada da obrigação assumida pelo devedor junto ao credor, 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.**

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE**

	QUESTÕES	Respostas S ou N
1	Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se responder não, esclarecer porque não está trabalhando. Se responder não por estar aposentado, informe o motivo e a data da aposentadoria.	
2	Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 10 (dez) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médico, hospitalizar-se, submeter-se a exames laboratoriais (tomografia, ressonância magnética, biópsias ou qualquer outro exame de diagnóstico), intervenções cirúrgicas e tratamento médico como por exemplo, diabetes, câncer, hipertensão, AIDS, doenças neurológicas ou psiquiátricas, digestivas, renais, hepáticas, circulatórias, pulmonares, cardíacas ou a se afastar de suas atividades normais? Informe o(s) motivo(s), datas, exames, testes laboratoriais, resultados e os dados do médico que fez o tratamento.	
3	Está tomando, atualmente, medicamento(s) ou substâncias controladas para qualquer distúrbio, doença ou incômodo (sem contar vitaminas ou ervas medicinais)? Em caso afirmativo, informar nome(s) do medicamento(s) e dose diária.	
4	Tem alguma deficiência de órgão ou sentido, redução de visão (superior a 5 graus ou Dioptrias), audição ou defeito físico em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, esclareça o grau de redução.	

5	É condutor habilitado de aeronave, ciclo motor ou motocicleta? (ida e volta ao trabalho/escola ou no exercício de trabalho/ocupação). Pratica com regularidade algum esporte em nível de competição ou passatempos perigosos, tais como automobilismo, motociclismo, mergulho, vôo livre, montanhismo, pára-quedismo ou algum outro esporte considerado de risco, de forma amadora ou profissional? Esclareça e especifique qualquer item afirmativo, indicando a frequência, periodicidade e finalidade.
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 cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos acima serão suspensos até que o ressegurador se manifeste formalmente.

**Beneficiário(s) do Seguro:** O primeiro beneficiário será sempre o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto nas condições gerais deste seguro. O Segurado poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, para o recebimento de eventual saldo remanescente, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que recebida pela Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de Beneficiário. Não havendo expressa indicação de Beneficiário na ocasião do falecimento do Segurado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado remanescente será pago de acordo com o que estabelece o art. 792, do Código Civil brasileiro.

**Importante:**

**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, conforme disposto nas Condições Gerais.**

**DECLARAÇÃO DO PROPONENTE**

Declaro que estou de acordo com a contratação do Seguro Empresarial Prestamista e 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 expresse 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.

**PROPOSTA DE ADEÇÃO  
SEGUROS PRESTAMISTA**



CNPJ: 61.383.493/0001-80

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.

Nome Completo Titular

Data de Nascimento

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.

O Proponente declara que teve acesso prévio a todas as informações de seu interesse sobre o presente seguro, incluindo informações relativas à intermediação, sem prejuízo do direito de poder solicitá-las na forma estabelecida pela legislação e regulamentação em vigor.

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.

O(s) intermediário(s) da presente Proposta declara(m) sua conformidade com os princípios e regras de conduta estabelecidas na Resolução CNSP 382/20, bem como que disponibilizam ao cliente as informações mínimas previstas no art. 4º, antes da contratação do produto de seguro.

Local e Data

Assinatura do Corretor

**DADOS DE PRODUÇÃO**

Sucursal	Inspetoria	Inspetor	Código Corretor	Nome Corretor
----------	------------	----------	-----------------	---------------

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. **A íntegra das Condições Gerais, Especiais, incluindo as definições das coberturas, estão disponíveis no Site da Sompo Seguros [www.sompo.com.br](http://www.sompo.com.br).**