

PROPOSTA DE ADESAO - SEGURADO PESSOA FISICA/JURIDICA

PROPOSTA DE ADESAO AO SEGURO COLETIVO

PROPOSTA PRESTAMISTA Nº 1043658/2024

Grupo 6100 Cota 1805-00

I – Dados do PROPONENTE

Nome completo/Razão Social : IAN LEANDRO CARDOSO FORMIGA	CPF/CNPJ : 044.263.301-73
Data de Nascimento: 06/12/1997	Sexo : Masculino
Endereço : QDA. ARSE 51 ALAMEDA 10	Profissão:: ANALISTA DE SISTEMA
Município: PALMAS	Estado: TO
Nacionalidade: BRASILEIRA	E-mail: formigaian@gmail.com
Faixa de Renda/Faturamento: 3.800,00	CEP : 77021686
	Telefone: 6392863557

II – Dados do(a) ESTIPULANTE e do CONTRATO

Nome/Razão Social : SERELLO ADM DE CONSÓRCIOS LTDA	CPF/CNPJ : 94.187.879/0001-76
Endereço : BR-116, 5003 SALA 12	CEP: 93950-000
Município: DOIS IRMAOS	Estado: RS
Pró-labore: 0% sobre valor líquido dos prêmios mensais efetivamente recebidos pela SEGURADORA.	
Contrato de Seguro Coletivo nº 0010130923000013932/2023.	

III – Dados da SEGURADORA

Razão Social : COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL	CNPJ : 92.751.213/0001-73
Endereço : Av. Engenheiro Luis Carlos Berrini, nº 105 – 7º andar – Conj. 72, Cidade Monções	CEP: 04.571-010
Município: São Paulo	Estado: São Paulo

IV – Dados do Seguro

Processo SUSEP nº 15414.628440/2019-50	Produto : Capital Vinculado**
Cota de Consórcio : 6100/1805-00	
Início de Vigência : 07/06/2024	Término da Vigência 17/02/2034
Custeio CONTRIBUTÁRIO	

Sigla	Coberturas do Seguro	Capital Segurado	Prêmio individual por cobertura	Valor
MNA	MORTE QUALQUER CAUSA	R\$ 44.446,92	R\$ 39,16	R\$ 39,16
IPTA	INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	R\$ 44.446,92	R\$ 39,16	R\$ 39,16

* Os horários de início e término da vigência se dará às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas acima.

**O Capital Segurado contratado será vinculado, ou seja, igual ao valor do saldo devedor do segurado com o Estipulante, decrescendo conforme o montante de sua dívida.

Sendo assim, na ocasião da ocorrência de sinistro, o único beneficiário será o Estipulante.

V – Dados da Taxa

Taxa Comercial	IOF	Cálculo
0,08810	0,38%	(Dívida Inicial x Taxa / 1000) x 113

*N = Prazo de Parcelamento da Dívida em meses

VI - Distribuição Societária

Nome Completo do Sócios	Data Nascimento	CPF	Percentual de Participação Societária (%)

As alterações societárias ocorridas após a indicação acima, serão apuradas no momento da liquidação do sinistro, não sendo necessária sua comunicação durante a vigência do seguro.

VII– Dados de Cobrança

Forma de Pagamento: (X) Mensal	Tipo de documento de cobrança: (X) Boleto Bancário
--------------------------------	--

Autorizo o débito do valor correspondente as parcelas do seguro na conta acima informada, na data acordada, bem como eventuais representações.

VIII – Carência

Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, c

INFORMAÇÕES AO PROPONENTE

A PREVISUL terá o prazo de até 15(quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta, contados a partir da data do seu recebimento.-A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, hipótese em que o prazo de análise ficará suspenso e voltará a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação completa solicitada e devidamente protocolada. A não aceitação do risco será comunicada, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros. Não havendo manifestação da PREVISUL dentro do prazo de análise da proposta, o risco estará automaticamente aceito.

A aceitação da proposta está sujeita a análise do risco. 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 bem como as condições contratuais a partir do número do processo SUSEP definido neste documento.

PRIVACIDADE DE DADOS

A PREVISUL informa que os dados pessoais coletados serão utilizados para o cumprimento das obrigações contratuais, fins regulatórios e atendimento aos nossos legítimos interesses, respeitando sempre as suas expectativas, conforme nossa Política de Privacidade (publicada no site <http://portalprivacidade.previsul.com.br>).

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro ter ciência de todas as condições negociadas com o ESTIPULANTE, bem como as disposições contidas nas Condições Contratuais deste Seguro e solicito a minha adesão na apólice acima descrita.

Declaro, ainda, que:

- Declaro que me foi disponibilizado e que tomei conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais do seguro previamente à assinatura desta proposta;
 - Prestei as informações completas e verdadeiras e que caso seja constatado declarações inexatas ou omissão de quaisquer informações que possam influir na aceitação desta proposta, perderei o direito à indenização previsto no seguro contratado, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
 - Estou ciente que o primeiro beneficiário do presente seguro será o ESTIPULANTE a quem deverá ser paga a indenização, limitado ao capital segurado contratado.
 - Declaro ainda que o produto e plano escolhidos estão de acordo com meu perfil de investimento e adequados aos meus interesses, bem como o valor do prêmio é compatível com minha situação financeira.
- Se tratando de Pessoa Jurídica, estou ciente que após a aceitação do risco, os novos sócios que não foram indicados no item VI do preâmbulo, somente terão cobertura após 6 (seis) meses de nomeação, eleição ou inclusão no Contrato Social, Estatuto Social, Atas de Assembleia ou qualquer outro dispositivo legalmente válido para comprovação.

DOIS IRMAOS, RS, 16 de Setembro de 2024.

IAN LEANDRO CARDOSO FORMIGA
CPF/CNPJ: 044.263.301-73



DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES
PESSOA FÍSICA

Grupo	Cota	Versão	Contrato	Saldo Devedor
6100	1805	00	1043658	44.446,92

O presente Anexo deverá ser respondido apenas para os Proponentes cujo Capital Segurado seja acima de R\$ 150.000,00 (Cento e Cinquenta mil reais).
No campo “Respostas – Proponente”, o Proponente deverá responder, pessoalmente, **SIM** ou **NÃO** para as perguntas a seguir, acompanhado das explicações, quando for o caso de resposta positiva:

Perguntas	Respostas - Proponente
1.Considera-se atualmente em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, explique.	Sim
2.Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especificar, inclusive o grau de deficiência.	Não
3.Sofre atualmente ou sofreu nos últimos anos de alguma moléstia que o (a) tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades de trabalho? Quando? Indique as moléstias e outros detalhes.	Não
4.Pratica algum esporte de risco (alpinismo e escaladas, asa delta, automobilismo, balonismo, bungee jump, mergulho, montanhismo, motociclismo, motonáutica, paraglider e similares, parapente, paraquedismo, planador e similares, ultraleve, voo acrobático, etc)? Em caso afirmativo detalhe o tipo de esporte e a frequência.	Não
5.Uso ou usou nos últimos anos algum medicamento de forma rotineira para tratamento? Em caso afirmativo, cite o(s) medicamento(s) e a(s) doença(s) que trata ou tratou.	Não

As informações declaradas na DPS podem influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio. No caso de preenchimento de informações inverídicas ou omissas, o Segurado perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido

INFORMAÇÕES GERAIS

Serviços e Relacionamento, Assistência Dia & Noite, Sinistros, Sugestões, Dúvidas, Reclamações e Cancelamentos 3003 6773 (capital e cidades metropolitanas) 0800 709 8059 (demais localidades) SAC - 0800 722 0264, todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais. As ligações podem ser a cobrar. Ouvidoria - 0800 722 0266, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais. Atendimento ao surdo: +55 (61) 2107-7176, faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com teclado alfanumérico. De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais. Para registro de reclamações junto à SUSEP acesse <http://www.consumidor.gov.br> DOIS IRMAOS, RS, 16 de Setembro de 2024.

IAN LEANDRO CARDOSO FORMIGA
CPF/CNPJ: 044.263.301-73