

DADOS DO(A) PROPONENTE E SEGURO
DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Nome GUILHERME FERREIRA

CPF

Data de Nascimento 09 / 09 / 2001

Início e final de Vigência

Conforme as datas do contrato assinado com a instituição financeira, respeitando o limite de idade da apólice de seguro.

COBERTURAS
IMPORTÂNCIA SEGURADA

Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente

Corresponde ao saldo devedor do contrato assinado com a instituição financeira, respeitando os limites de capitais da apólice de seguro.

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

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES / DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS)

Responda de próprio punho SIM ou NÃO, e preencha o campo Observações, quando necessário.

Descrição	Proponente	Observações
1. Encontra-se atualmente em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, explique o motivo.		
2. É aposentado por invalidez? Especifique.		
3. Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, especifique o grau de deficiência, motivo e data.		
4. Sofre ou sofreu de alguma doença que o(a) tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas, fazer uso rotineiro de medicamentos ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quando? Informe as doenças e os detalhes.		
5. É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave, exerce alguma atividade profissional a bordo ou pratica paraquedismo ou vôo livre?		
6. É praticante de esportes (em nível profissional ou amador) como motociclismo, automobilismo, hipismo, rodeio, balonismo, paraquedismo, asa delta, vôo livre, alpinismo, escalada, <i>bungee-jumping</i> , rapel, arborismo, mergulho ou outro esporte considerado de alto risco ou ainda de algum ato ou atividade reconhecidamente perigosa?		

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Estou ciente que a opção pela contratação deste Seguro é opcional, e que para validade da minha cobertura securitária, preciso estar em dia com os pagamentos pertinentes ao prêmio do seguro aqui discriminado, bem como não ser portador de doença, lesão ou acidente preexistente à contratação desse seguro e de meu conhecimento, visto que nesse caso, a cobertura será válida apenas na hipótese de óbito não decorrente do fato preexistente.

Informar doença, lesão ou acidente que tenha conhecimento nesta data: _____

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio no seu vencimento implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas. No caso de pagamento de prêmio fracionado, considera-se o pagamento da primeira parcela como o efetivo pagamento.

Declaro que as informações constantes nesta proposta foram por mim prestadas e são verdadeiras e completas e que, em sendo apurada qualquer divergência naquelas que serviram de base para a taxação do risco, por omissão ou incorreção desses dados, estou ciente que poderei perder o direito a uma eventual indenização, nos termos previstos no art. 766 do Código Civil Brasileiro e na legislação pertinente

Eu, _____, inscrito no CPF/MF sob o nº. _____, proponente do seguro Liberty Proteção Financeira, descrito nesta proposta, autorizo que o pagamento do prêmio de seguro seja realizado em conjunto com o pagamento do(s) produto(s)/serviço(s) ora adquirido(s).

Local e Data

Assinatura do Proponente

OBSERVAÇÕES

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. 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.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A Liberty terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. **Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.** Em caso de não aceitação, o prêmio eventualmente adiantado/pago será devolvido corrigido monetariamente. 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, por meio do número de seu registro na SUSEP, seu 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, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Para informações adicionais ou esclarecimento de dúvidas, entre em contato com seu Corretor de seguros ou, se preferir, utilize nosso canal de comunicação com o Segurado(a): faleconosco@libertyseguros.com.br. Caso não fique satisfeito com a solução do nosso time de atendimento, poderá recorrer à Ouvidoria. A Ouvidoria Liberty atua com Ouvidor independente e com autonomia de decisão. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde também é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - São Paulo/SP – CEP 04571-020 – a/c Ouvidoria. As Partes concordam que o presente documento poderá ser assinado por qualquer meio legalmente admitido, podendo ser firmado inclusive por meios eletrônicos, ainda que não se utilize de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil; admitindo como válido, para todos os fins e assumindo cada Parte a responsabilidade por adotar as medidas necessárias para garantir a autenticidade e a preservação de seu conteúdo. O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.