

AUTORIZAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE SEGURO PRESTAMISTA

GRUPOS/COTAS:

Autorizo a contratação de seguro prestamista em seguradora credenciada nesta Administradora, incorporando o respectivo prêmio de seguro nas prestações mensais da minha cota de consórcio. Declaro estar em perfeitas condições de saúde e determino que, ocorrendo minha falta, a indenização deverá ser paga à ADEMICON ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS S.A, que reterá o valor necessário para quitação das parcelas vencidas e vincendas do meu plano de consórcio e restituirá o excedente ao beneficiário abaixo relacionado. Se a cota não estiver contemplada, os herdeiros/sucessores permanecerão aguardando contemplação por sorteio, ocasião em que receberão o crédito atualizado, quando da contemplação.

Nome do beneficiário:

01 - OBJETIVO: O presente instrumento tem por objetivo a contratação de seguro de vida em grupo, junto à seguradora a ser contratada pela Administradora, por parte do Consorciado, visando liquidação/amortização do débito oriundo da operação de consórcio, na hipótese de morte natural ou acidental ou invalidez permanente total por acidente do segurado, este definido no item 02.

02 – SEGURADO: Em se tratando de consorciado pessoa física, o segurado será o próprio consorciado. E se tratando de pessoa jurídica, o segurado será determinado segundo os critérios constantes nos itens abaixo:

2.1 – PESSOA FÍSICA E JURÍDICA: O consorciado deve encontrar-se em plena atividade de trabalho e gozar de perfeitas condições de saúde, bem como, na data de início de cobertura, não possuir mais do que 65 (sessenta e cinco) anos de idade e até o encerramento do citado grupo não possuir idade superior a 74 anos 11 meses e 29 dias.

2.2 – PESSOA FÍSICA E JURÍDICA: O consorciado declara atender as condições previstas no item 2.1 e estar ciente de que a inobservância de qualquer delas implicará na perda do direito de indenização do seguro. Caso o sócio majoritário não atenda as condições previstas no item 2.1, o segurado será aquele com a segunda maior participação no capital social do consorciado ou, caso também não atenda as condições daquele item, o sócio detentor da terceira maior participação no capital social e assim sucessivamente.

2.3 – PESSOA JURÍDICA: Se ocorrer igualdade de participação entre sócios, será

considerado segurado o sócio mais idoso, desde que satisfaça as condições do item 2.1.

2.4 – PESSOA JURÍDICA: Caso o capital segurado exceda o limite individual na apólice contratada pela seguradora indicada pela Administradora, este será atribuído ao sócio seguinte na ordem decrescente de participação no capital social e assim sucessivamente, até esgotar-se o capital segurado mantido em qualquer caso, o limite individual por sócio, mesmo que o número de sócios não seja suficiente para absorver o total segurado.

03 – INDENIZAÇÃO: O valor da indenização a ser paga à ADEMICON ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS S.A pela seguradora contratada, será equivalente ao valor do crédito, acrescido da taxa de administração da cota consorcial, vigente à época da ocorrência do sinistro.

3.1 - Caso a indenização a ser paga pela seguradora contratada seja de valor inferior ao débito de responsabilidade do consorciado, este e seus herdeiros ou sucessores, permanecerão responsáveis e obrigados a liquidação do quanto resultar não pago por aquela indenização.

04 – PAGAMENTO DO PRÊMIO: O valor do prêmio será calculado aplicando-se o percentual fixado no contrato de participação sobre o valor do crédito vigente na respectiva Assembleia Geral Ordinária, acrescida da taxa de administração total.

4.1 - Os prêmios referentes ao seguro serão pagos pelos consorciados à estipulante ADEMICON ADMINISTRADORA DE CONSÓRCIOS S.A, juntamente com o pagamento de suas parcelas mensais e recolhidas à seguradora contratada por meio de faturas mensais, através da rede bancária. O pagamento do prêmio de seguro é antecipado ao período de cobertura, isto é, o prêmio de seguro inserido na mensalidade correspondente ao período de cobertura do mês imediatamente seguinte. Haverá cobertura para consorciados inadimplentes com 02 (duas) mensalidades consecutivas ou não. Ocorrendo sinistro nesse período, a cobertura se processará após recolhimento dos valores em atraso.

05 – VIGÊNCIA: A cobertura do seguro estipulado na apólice emitida pela seguradora contratada vigorará após o pagamento primeira parcela do seguro , desde que satisfeitas as condições e demais aspectos pertinentes que se encontram declinados na respectiva apólice de seguro.

06 – CAPITAL SEGURADO: O limite individual do capital segurado, estipulado na apólice de seguro, não poderá em nenhuma hipótese, ser ultrapassado por qualquer segurado. O limite de capital segurado é de **R\$ 2.231.000,00**.

07 – COBERTURA CONTRATADA: A cobertura contratada é R\$_____

08 – OMISSÃO DE INFORMAÇÕES / INFORMAÇÕES INVERÍDICAS: Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, podendo a seguradora recusar o pagamento do prêmio, se qualquer delas for inverídica ou houver qualquer omissão.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividades (DPSA)

1) Considera-se atualmente em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, explique.

() Sim; () Não.

2) Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especificar, inclusive o grau de deficiência.

() Sim; () Não.

3) Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco 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 normais de trabalho? Quando? Indique as moléstias e outros detalhes.

() Sim; () Não.

4) Pratica rotineiramente algum esporte de risco (alpinismo e escaladas, asa delta, automobilismo, balonismo, bungee jump, mergulho, montanhismo, motociclismo, motonáutica, parapente e similares, parapente, pára-quedismo, planador e similares, ultraleve, voo acrobático, etc)? Em caso afirmativo detalhe o tipo de esporte e a frequência.

() Sim; () Não.

5) É ou foi portador de: Tumor ou câncer? Doença coronariana? Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)? Diabetes? Bronquite? Enfisema? Hepatites? Arritmia? Insuficiência cardíaca? Hipercolesterolemia (colesterol elevado), hipertrigliceridemia (triglicídeos elevados) ou síncope (desmaios)?

() Sim; () Não.

6) Usa ou usou nos últimos cinco 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.

() Sim; () Não.

_____, ____ de _____ de 20 ____ Cidade

Consoiciado(a): CPF:

*Processo SUSEP Prestamista Capital Fixo (Registro SUSEP nº 15414.628439/2019-25) e
Processo SUSEP Prestamista Capital Vinculado (Registro SUSEP nº 15414.628440/2019-50).*

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O segurado poderá consultar todas as informações referentes aos produtos vinculados a esta apólice através do site www.susep.gov.br/menu/consulta-de-produtos-1 ou ainda fazer download através do site www.previsul.com.br/produtos. 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, nome completo, CNPJ ou CPF. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Ao realizar a contratação deste seguro, os seus dados pessoais são armazenados na base da PREVISUL, garantindo a prestação do(s) serviço(s) contratado(s) e o atendimento aos requisitos legais e regulatórios aos quais a Previsul está sujeita, além de, eventualmente, serem utilizados para ofertar novos produtos conforme o seu perfil. Fique tranquilo: os detalhes de como tratamos seus dados pessoais estão descritos em nossa Política de Privacidade, no site da Previsul.