

<b>ESTIPULANTE</b>	<b>CNPJ</b>
BRB BANCO DE BRASÍLIA S.A.	00.000.208/0001-00

**DADOS DO CONTRATO DE SEGURO HABITACIONAL**

<b>PROPOSTA COH Nº</b>	<b>INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL ÀS 24H DE</b>	<b>CUSTEIO CONTRIBUTÁRIO</b>

**VIGÊNCIA DO SEGURO:** INÍCIO DE VIGÊNCIA ÀS 24HS DO DIA DA LIBERAÇÃO DO FINANCIAMENTO E O FINAL DA VIGÊNCIA ÀS 24HS DO DIA CORRESPONDENTE AO TÉRMINO DO FINANCIAMENTO OU DA EXTINÇÃO DA DÍVIDA OU TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SEGURADO PARA OUTRA SEGURADORA; O QUE OCORRER PRIMEIRO.

**DADOS DO PROPONENTE**

<b>NOME DO PROPONENTE</b>		<b>CPF</b>	<b>COMPOSIÇÃO DE RENDA</b>	
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>SEXO</b>		<b>PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA?</b>
	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS:	<input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>			<b>COMPLEMENTO</b>	
<b>BAIRRO</b>		<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>	<b>CEP</b>
<b>TEL. RESIDENCIAL</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL</b>		<b>AUTORIZA ENVIO?</b>
				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

<b>CORRETORA</b>		<b>CNPJ</b>	<b>SUSEP</b>
BRB ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS S/A		42.597.575/0001-83	
<b>COSSEGURADORA</b>	<b>CNPJ</b>	<b>SUSEP</b>	<b>% COSSEGURO</b>
NÃO HÁ	-	-	-

**COBERTURAS DO SEGURO**

COBERTURA	LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG)	CARÊNCIA <sup>1</sup>	FRANQUIA
<b>MORTE E INVALIDEZ PERMANENTE – MIP</b> (PREENCHER COM VALOR INICIAL DO FINANCIAMENTO)	R\$	2 (DOIS) ANOS PARA SUICÍDIO	NÃO HÁ
<b>DANOS FÍSICOS AO IMÓVEL – DFI</b> (PREENCHER COM VALOR DE AVALIAÇÃO DO IMÓVEL)	R\$	NÃO HÁ	NÃO HÁ

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

<sup>1</sup> NÃO HAVERÁ CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS EM QUAISQUER DAS COBERTURAS CONTRATADAS, EXCETO NO CASO DE SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA OCORRIDOS NO PERÍODO DE CARÊNCIA DE DOIS ANOS ININTERRUPTOS, CONTADOS A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL OU, DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO NA PARTE QUE SE REFERE A ESSE AUMENTO OU, AINDA, DE SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO.

**LIMITE DE IDADE**

MÍNIMO DE 18 (DEZOITO) ANOS E MÁXIMO DE 80 (OITENTA) ANOS E 6 (SEIS MESES) NA DATA DO INÍCIO DO CONTRATO DE CRÉDITO IMOBILIÁRIO, CONSIDERANDO A SOMA DA IDADE NO INÍCIO DO SEGURO COM O PRAZO DE FINANCIAMENTO OU ESTIMADO PARA O FINANCIAMENTO, MAIS O PRAZO DE EVENTUAIS RENEGOCIAÇÕES.

**PAGAMENTO**

<b>PERIODICIDADE DO PAGAMENTO</b>	<b>FORMA DE PAGAMENTO</b>	<b>PRÊMIO MENSAL LÍQ. IOF</b>	<b>IOF</b>	<b>PRÊMIO MENSAL</b>
MENSAL	EM CONJUNTO COM A PRESTAÇÃO DO FINANCIAMENTO			

O VALOR DA PARCELA MENSAL DO PRÊMIO É VARIÁVEL, SENDO CALCULADA PELA MULTIPLICAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO PELA TAXA DA RESPECTIVA GARANTIA.  
 - PARA A GARANTIA DE DFI, VARIARÁ DE ACORDO COM O VALOR DO LMG ATUALIZADO DO IMÓVEL.  
 - PARA A GARANTIA DE MIP, VARIARÁ DE ACORDO COM O VALOR ATUALIZADO DO LMG DO FINANCIAMENTO E DA TAXA REFERENTE À IDADE ALCANÇADA PELO SEGURADO.

**BENEFICIÁRIO**

O BENEFICIÁRIO SERÁ SEMPRE O ESTIPULANTE QUE FARÁ A QUITAÇÃO DO FINANCIAMENTO.

O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. As condições contratuais, deste produto protocolizadas junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processos constante da apólice/proposta. Telefone gratuito de atendimento da Susep: 0800-021-8484. 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. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora, a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco. Este documento apresenta de forma resumida as principais características deste contrato de seguro, consulte as restrições e os riscos excluídos. Para maiores esclarecimentos/detalhamentos, solicite as Condições Gerais, Especiais e Cláusula das Coberturas Adicionais que se encontram em posse do Estipulante.

<b>ESTIPULANTE</b>	<b>CNPJ</b>
BRB BANCO DE BRASÍLIA S.A.	00.000.208/0001-00

**DADOS DO PROPONENTE**

<b>SEGURADO</b>	<b>CPF</b>

**ATENÇÃO!** As respostas das perguntas abaixo, são essenciais para a aceitação do seu seguro. Caso sejam omitidas informações ou prestadas informações inverídicas, o segurado perderá o direito a indenização. Leia atentamente os Artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, que preveem: no primeiro, que “o segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes”, e no segundo que “se o segurado produzir declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.” Assim, leia e preencha corretamente aos quesitos para sua própria garantia.

1. Esteve ou está afastado nos últimos por algum período, durante os últimos três anos, de suas atividades profissionais? Se sim, esclareça abaixo.  SIM  NÃO
2. Tem alguma deficiência de órgão, membros ou sentidos (por exemplo: visão, audição) ou anomalias físicas em membros ou órgãos? Se sim, esclareça abaixo:  SIM  NÃO
3. É ou foi, nos últimos três anos, portador de doenças sexualmente transmissíveis? Se sim, esclareça abaixo:  SIM  NÃO
4. É ou foi portador nos últimos três anos de alguma doença ou lesão produzida pelo trabalho (profissional)? Se sim, esclareça abaixo:  SIM  NÃO
5. É ou foi portador nos últimos três anos de doenças infectocontagiosas? Se sim, esclareça abaixo:  SIM  NÃO
6. Tem ou teve alguma proposta de seguro de vida ou acidente pessoal negada em outra seguradora? Se sim, esclareça o motivo abaixo:  SIM  NÃO
7. Foi vítima de acidente ou violência física recentemente? Se sim, esclareça abaixo:  SIM  NÃO
8. Se sofre ou sofreu nos últimos três anos de alguma doença ou distúrbios abaixo relacionados, informar detalhes, datas e tratamentos realizados.
  - a) Hipertensão, infarto do miocárdio ou outras doenças cardiocirculatórias?  SIM  NÃO
  - b) Tumor ou câncer?  SIM  NÃO
  - c) Reumatismo, problema de coluna, musculares, articulares ou ossos?  SIM  NÃO
  - d) Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares?  SIM  NÃO
  - e) Doenças do rim, bexiga, próstata, alterações de trato urinário, órgãos sexuais?  SIM  NÃO
  - f) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças de vesícula ou outras do aparelho digestivo?  SIM  NÃO
  - g) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue?  SIM  NÃO
  - h) Doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigens, desmaios, convulsão, dores de cabeça, dificuldades de fala, paralisia ou derrame cerebral, doenças ou alterações mentais ou nervos)?  SIM  NÃO
  - i) Diabetes, doenças da tireoide ou outras endócrinas?  SIM  NÃO
  - j) Outras doenças ou distúrbios não mencionados acima?  SIM  NÃO
9. Utiliza medicamento de uso regular? Se sim, esclareça abaixo.  SIM  NÃO
10. Pratica paraquedismo, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora, a bordo de aeronave de qualquer característica?  SIM  NÃO

**AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES:** Se aceita a presente Proposta de Adesão pela Seguradora, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das condições contratuais, devendo ser encaminhadas diretamente ao Estipulante as comunicações ou aviso inerentes ao contrato. Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas nesta proposta. Estou ciente de que este seguro só terá validade após a aceitação da proposta e de que as informações que prestei nesta Declaração Pessoal de Saúde poderão levar a seguradora a solicitar-me esclarecimentos, acolher o seguro com restrições de cobertura ou até a não aceitá-lo, bem como não me indenizar em caso de sinistro, caso constatada omissão ou informações inverídicas prestadas. Atesto também que li as condições do seguro, compreendi e estou ciente do que está e não está coberto, bem como dos papéis e responsabilidades da seguradora e do estipulante e das minhas próprias em relação ao seguro desde a sua contratação até a sua liquidação por qualquer motivo. A minha assinatura abaixo, confirma que concordo com todos os termos desta Declaração Pessoal de Saúde e das condições contratuais do seguro. Apresento o meu consentimento expresso à seguradora para coleta, uso, armazenamento e tratamento de dados pessoais, seja nos processos internos da seguradora, necessários a critério desta para o cumprimento deste contrato, bem como aqueles cabíveis para realizar avaliação estatística, atuarial e outras questões relacionadas as atividades securitárias, bem como nos processos externos decorrentes do compartilhamento dos meus dados pessoais com prestadores dos serviços e entidade de capitalização, relacionados com este plano de seguro. Autorizo, ainda, a seguradora disponibilizar em sua Central de Atendimento e/ou a enviar por correio, e-mail, SMS e/ou por outros meios possíveis, informações sobre o seguro.

**LOCAL E DATA**
**ASSINATURA DO PROPONENTE**