

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

DADOS DO CONTRATO DE SEGURO HABITACIONAL

PROPOSTA COH Nº	INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL ÀS 24H DE	CUSTEIO CONTRIBUTÁRIO
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

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

CORRETORA BRB CORRETORA DE SEGUROS S/A		CNPJ 44.705.886/0001-44	SUSEP 212131412
COSSEGURADORA NÃO HÁ	CNPJ -	SUSEP -	% COSSEGURO -

COBERTURAS DO SEGURO

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

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

¹ 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

PERIODICIDADE DO PAGAMENTO	FORMA DE PAGAMENTO	PRÊMIO MENSAL LÍQ. IOF	IOF	PRÊMIO MENSAL
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, 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, 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.

ESTIPULANTE	CNPJ
BRB BANCO DE BRASILIA S.A.	00.000.208/0001-00

DADOS DO PROPONENTE

SEGURADO	CPF

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.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
3.	É ou foi, nos últimos três anos, portador de doenças sexualmente transmissíveis? Se sim, esclareça abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
4.	É ou foi portador nos últimos três anos de alguma doença ou lesão produzida pelo trabalho (profissional)? Se sim, esclareça abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5.	É ou foi portador nos últimos três anos de doenças infectocontagiosas? Se sim, esclareça abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6.	Tem ou teve alguma proposta de seguro de vida ou acidente pessoal negada em outra seguradora? Se sim, esclareça o motivo abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
7.	Foi vítima de acidente ou violência física recentemente? Se sim, esclareça abaixo:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	b) Tumor ou câncer?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	c) Reumatismo, problema de coluna, musculares, articulares ou ossos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	d) Asma, bronquite, enfisema ou outras doenças pulmonares?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	e) Doenças do rim, bexiga, próstata, alterações de trato urinário, órgãos sexuais?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	f) Úlcera duodenal, gastrite, icterícia, doenças do fígado, hepatite, doenças de vesícula ou outras do aparelho digestivo?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	g) Hemorragias, anemia, hemofilia, leucemia ou outras doenças do sangue?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	i) Diabetes, doenças da tireoide ou outras endócrinas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	j) Outras doenças ou distúrbios não mencionados acima?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
9.	Utiliza medicamento de uso regular? Se sim, esclareça abaixo.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10.	Pratica paraquedismo, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora, a bordo de aeronave de qualquer característica?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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