PROPOSTA DE ADESÃO
SEGURO PRESTAMISTA – FIES
PROCESSO SUSEP Nº: 15414.100751/2003-91
SAC: 0800-755-5985 – DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU DE FALA: 0800-770-9797 – OUVIDORIA: 0800-770-1102

IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

ESTIPULANTE CAIXA ECONOMICA FEDERAL	**CNPJ** 00.360.305/0001-04	**APÓLICE** 1007700000029

PROPONENTE (NOME COMPLETO)

DATA DE NASCIMENTO	**SEXO**	**ESTADO CIVIL**	**CPF**
DOCUMENTO DE IDENTIDADE	**ÓRGÃO EXPEDIDOR**	**DATA DA EXPEDIÇÃO**	**OCUPAÇÃO/CARGO**
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA		**Nº**	**COMPLEMENTO**
BAIRRO	**MUNICÍPIO**	**UF**	**CEP**
E-MAIL			**DDD+TELEFONE**

VIGÊNCIA
Desde que o aceito o proponente como segurado para inclusão no seguro e os devidos prêmios sejam quitados, será a partir das 24:00 (vinte e quatro) horas da data da assinatura do contrato de financiamento e termina quando da extinção do prazo de financiamento ou quando o encerramento da vigência do certificado individual de seguro, observado em todo caso o período de vigência da apólice.

COBERTURAS E CAPITAIS SEGURADOS
As coberturas são a de MORTE, de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE e de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, que terão seus capitais segurados, não cumulativos entre si, necessariamente iguais ao valor da obrigação financeira, ou seja, o saldo devedor da dívida contraída, sendo alterados automaticamente a cada amortização ou reajuste.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA	**Nº**	**COMPLEMENTO**

CUSTEIO CONTRIBUTÁRIO MENSAL DO PRÊMIO DE SEGURO:	☐ MEDICINA – R$12,50 (doze reais e cinquenta centavos)	☐ DEMAIS CURSOS – R$4,05 (quatro reais e centavos)

DECLARAÇÕES

VIGÊNCIA
Declaro que as informações contidas na proposta de adesão são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão. Declaro, também, que mantenho minha capacidade autonômica (higienizar-me, locomover-me, alimentar-me e gerir meus bens), e não necessito de auxílio de terceiros para o exercício de minhas atividades diárias. Declaro não tomar nenhum medicamento de uso contínuo, bem como não estar em tratamento médico para qualquer doença. Declaro, ainda, reconhecer o exercício de minha opção pela contratação do Seguro Prestamista.

Local e Data:_____ Assinatura:_____

Estou ciente e de acordo, que:
Qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento do prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o Art. 766 da Lei no 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela seguradora, perderei o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago. 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. Para efeitos deste seguro, será considerada como data de cancelamento, a data em que for realizada a comunicação formal à seguradora quanto a liquidação da obrigação. O capital segurado está estruturado na modalidade de capital vinculado, ou seja, necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste do contrato de financiamento e/ou empréstimo. Este seguro é por prazo determinado, não havendo renovação do certificado individual. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A não aceitação desta proposta de adesão em até 15 (quinze) dias, a contar da data de protocolo na seguradora, ensejará a devolução de qualquer valor recebido e, consequentemente, a não cobertura do(s) capital(is) da(s) garantia(s) de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

Proteção de dados pessoais:
A allseg seguradora S/A declara que, para o desempenho das atividades objeto do presente contrato e o cumprimento de obrigações regulatórias da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, conforme a lei nº 13.709/2018, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD, realizará as tarefas relativas ao tratamento dos dados pessoais do cliente, de seus dependentes e beneficiários indicados, por si só ou pelas empresas parceiras, no que se refere às informações relacionadas aos dados coletados na proposta, pelo prazo de duração deste contrato e pelos prazos legais e regulatórios estabelecidos, contados do término do contrato. Seus dados pessoais podem ser utilizados também na hipótese de haver o legítimo interesse da allseg seguradora S/A, sempre respeitando a sua expectativa quanto a esse uso. Com a assinatura deste contrato o cliente consente também que a allseg seguradora S/A pode utilizar os seus dados pessoais para ofertar outros produtos, tanto da allseg seguradora SA ou por parceiros de negócio. Havendo qualquer alteração não prevista no tratamento dos dados pessoais coletados, a allseg seguradora S/A informará ao segurado. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos seus dados pessoais, entrar em contato pelo e-mail atendimento@alseg.com.br ou telefone 0800-755-5985.

Local e Data:_____ Assinatura:_____

A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco. 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 dispuser o contrato de seguro. 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. As condições contratuais, deste produto protocolizadas pela allseg seguradora S/A junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo constante da apólice/proposta. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. Telefone gratuito de atendimento da Susep: 0800-021-8484. SUSEP – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.