

Seguro Habitacional  
Proposta de adesão com  
Declaração Pessoal de Saúde e Atividades



Identificação

Estipulante: Caixa de Financiamento Imobiliário da Aeronáutica

CNPJ: 30.496.004/0001-73

Endereço: Avenida Marechal Câmara, nº 233, 11º andar, Centro Cidade/UF: Rio de Janeiro/RJ CEP: 20020-080

Sub-estipulante: Caixa de Financiamento Imobiliário da Aeronáutica

CNPJ: 30.496.004/0001-73

Endereço: Avenida Marechal Câmara, nº 233, 11º andar, Centro Cidade/UF: Rio de Janeiro/RJ CEP: 20020-080

Número da Apólice: 84.61.9186174

Corretor: Fund Esc Nac Seg Funenseg

Código SUSEP: 9991

Ramo: 61 - Seguro Habitacional em Apólices de Mercado - Prestamista

Número da Proposta: 6100002750

Identificação do Proponente (SEGURADO)

O proponente deverá preencher a declaração pessoal de saúde e atividade, de próprio punho e por extenso, respondendo a cada uma das perguntas abaixo, sem omitir nenhuma informação. O artigo 766 do Código Civil Brasileiro dispõe: "Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do seguro, perderá o direito a garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido." Assim, se na eventual ocorrência de um sinistro ficar comprovado que o segurado omitiu ou distorceu informações sobre seu estado de saúde, este seguro será cancelado, ficando a Seguradora isenta do pagamento do valor do capital segurado, ciente ainda que não haverá cobertura para nenhuma das garantias contratadas, na hipótese de sinistros decorrentes de deficiências/doenças preexistentes a contratação do seguro, sendo que esta restrição somente se aplica aos sinistros ocorridos nos primeiros 24 meses de vigência.

[ ] Novo Contrato [ ] Aumento de Capital em Contrato Existente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Ocupação principal: \_\_\_\_\_ Renda mensal: \_\_\_\_\_

Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Telefone celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

O Segurado/Proponente é Servidor/Agente Público? SIM \_\_ Não \_\_

Saldo Devedor Inicial (Capital) R\$: \_\_\_\_\_

Prazo restante financiamento: \_\_\_\_\_

Endereço Completo (rua, número, complemento, bairro, cidade, CEP, UF): \_\_\_\_\_

COBERTURAS

COBERTURAS E TAXAS	
MIP - Morte e Invalidez Permanente	<ul style="list-style-type: none"><li>• Morte</li><li>• Invalidez Permanente Total por Acidente</li><li>• Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)</li></ul>



**Seguro Habitacional  
Proposta de adesão com  
Declaração Pessoal de Saúde e Atividades**

**Morte:** Garante ao estipulante a quitação do saldo devedor trazido a valor presente referente as operações de financiamento para aquisição de imóveis ou créditos imobiliários ou ainda linhas de crédito com garantia de imóvel, contratados com o Estipulante/Subestipulante.

**Invalidez Permanente Total por Acidente:** Garante ao estipulante a quitação do saldo devedor trazido a valor presente referente as operações de financiamento para aquisição de imóveis, ou créditos imobiliários ou ainda linhas de crédito com garantia de imóvel, contratados com o Estipulante/Subestipulante.

**Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa:** Garante ao estipulante a quitação do saldo devedor trazido a valor presente referente as operações de financiamento para aquisição de imóveis ou créditos imobiliários ou ainda linhas de crédito com garantia de imóvel, contratados com o Estipulante/Subestipulante.

**BENEFICIÁRIOS**

Será sempre o Estipulante, limitado ao saldo devedor

1. Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho e gozando de plena saúde? Em caso negativo, especificar o problema de saúde e/ou desde quando está afastado ou aposentado e o motivo.

Sim  Não

2. Tem contato com produtos químicos (prejudiciais a saúde), radioativos, explosivos ou perigosos? Especifique que frequência e os principais produtos.

Sim  Não

3. Pratica esportes radicais, tais como, bungee jump, rafting, rapel, para-queda, vôo livre, pesca ou mergulho submarino, ultraleve, asa delta, alpinismo, automobilismo, motociclismo ou quaisquer outros esportes similares? Indicar o esporte praticado, se profissional ou amador e a frequência com que o pratica.

Sim  Não

4. Exerce atividades profissionais ou amadora a bordo de aeronave de quaisquer características? Indicar se é profissional ou amador e a frequência.

Sim  Não

5. Já recebeu indenização por invalidez? Indique a seguradora e especifique o motivo da invalidez.

Sim  Não

6. Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especificar o grau da deficiência e em qual órgão, membro ou sentido.

Sim  Não

7. Possui ou já possuiu alguma doença, tais como: DIABETE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, HEPATITE, AIDS, INFARTO, DOENÇAS CARDÍACAS, TUMOR MALIGNO (Câncer), DERRAME, DOENÇA DE CHAGAS, LEUCEMIA, ENFISEMA, CIRROSE, DOENÇAS RENAIAS, DOENÇAS NEUROLÓGICAS, DOENÇAS DIGESTIVAS, DOENÇAS PULMONARES, OU QUALQUER OUTRA DOENÇA? Especifique a doença e desde quando tem conhecimento.

Sim  Não

**Seguro Habitacional**  
**Proposta de adesão com**  
**Declaração Pessoal de Saúde e Atividades**



8. Sofre atualmente ou sofreu, nos últimos cinco anos, de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas, quimioterapia, ou qualquer tipo de tratamento, ou ainda afastar-se das suas atividades normais de trabalho? Indicar a moléstia, detalhes e o medicamento de que fez ou faz uso.

Sim  Não

9. Faz uso habitual de algum medicamento ou substância? Indicar o medicamento e/ou substância, dosagem e se há prescrição médica.

Sim  Não

10. Tem outros seguros de vida e acidentes pessoais em vigor ou em processo de aceitação nesta data? Indicar a(s) seguradora(s), a(s) importância(s) segurada(s) total(is) e o prêmio mensal total.

Sim  Não

11. Qual o seu peso? KG:

12. Qual a sua altura? M:

13. Existe alguma informação complementar às declaradas acima? Especifique as informações complementares:

O proponente ainda declara:

- a) Que não pratica com regularidade nenhum esporte de risco, em nível de competição (amador ou profissional).
- b) Que, em caso de contratante pessoa jurídica, tem a ciência de que o segurado, para fins da cobertura do seguro, será sempre o(a) sócio(a) pessoa física com participação acionária.
- c) Que, nos casos de contratação de mais de uma pessoa física, a indenização será dividida pelo número de devedores do contrato, na proporção de seu comprometimento junto ao contrato de financiamento.
- d) Que nada omitiu em relação ao seu estado de saúde e atividade exercida, tendo prestado informações completas e verídicas. Concorda que as declarações que presta aqui passem a fazer parte integrante do(s) contrato(s) celebrado(s) com a Seguradora, ficando ela autorizada a utilizá-las, em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional. Autoriza os médicos, hospitais e quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, a quem dispensa da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestarem informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos. Está ciente que as garantias somente serão cobertas se a proposta for aceita, observado o prazo e o início de vigência individual constantes no Contrato do Seguro.
- e) Que está CIENTE de que o BENEFICIÁRIO desta apólice, em caso de sinistro coberto, será sempre Sub-Estipulante; e/ou o Titular do Crédito ou "Cessionário" da CCI (Cédula de Crédito Imobiliário) do qual o Segurado é o devedor, o qual de posse da indenização, liquidará o saldo devedor do falecido e/ou inválido totalmente.

**AUTORIZAÇÃO PARA INCLUSÃO NA APÓLICE**

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome, na apólice de Seguro contratada pelo Sub-Estipulante acima mencionado, cujas condições de contratação me foram apresentadas neste ato, as quais compreendi e fui suficientemente esclarecido a respeito de seus termos, a quem constituo como meu representante e concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes a mesma, serem encaminhados diretamente ao aludido Sub-Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados, com a exclusiva finalidade de atuar no contrato de seguro, para mantê-lo equilibrado atuarialmente e em consequência, manter o contrato garantido pela referida apólice, o que implica em autorizá-lo a aceitar as



**Seguro Habitacional  
Proposta de adesão com  
Declaração Pessoal de Saúde e Atividades**



alterações de capitais e prêmios, reenquadramento de faixa etária, bem como no cumprimento ou alteração das cláusulas do seguro, em meu nome. Entretanto, os poderes exclusivos de representação que ora são conferidos ao Sub-Estipulante não lhe conferem o direito de cancelar a apólice durante a vigência do contrato de financiamento. Autorizo ainda o Sub-Estipulante a debitar juntamente com as mensalidades do financiamento, o valor correspondente ao prêmio do seguro.

Declaro que, ao preencher a proposta de adesão, tomei conhecimento na íntegra das Condições Contratuais do seguro, incluindo as Condições Gerais, estando ciente que:

- a) a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A Seguradora, após recebimento da Proposta, terá 15 dias para definir pela aceitação ou recusa do risco. O seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste por escrito, o motivo da recusa no prazo de 15(quinze) dias, contados da data em que a Proposta for protocolizada junto à Seguradora. Este prazo será suspenso, quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que somente poderá ocorrer uma única vez, voltando o prazo a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- b) 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.
- c) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- d) O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- e) Este plano utiliza o regime financeiro de repartição simples, que é o regime financeiro que fixa a taxa de custeio dos benefícios contratados, de modo a produzirem receitas equivalentes aos benefícios e despesas geradas no período, não havendo capitalização de reserva em decorrência dos prêmios recebidos, portando, não há devolução ou resgate do prêmio ao Segurado, Beneficiário ou Estipulante, após a aceitação do seguro pela Seguradora.
- f) "As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br)". Declaro estar de acordo com a presente proposta e condições contratuais e que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado todas as informações completas e verídicas, ficando a Seguradora autorizada a utilizar tais informações no amparo e defesa de seus direitos. Estou ciente que de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se prestei declarações inexatas ou omiti informações e/ou circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no cálculo do prêmio, o seguro se tornará nulo, perdendo o direito às coberturas e ficando obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Pelo presente, solicito minha inclusão na apólice de seguro Prestamista, contratada pelo Estipulante junto à Seguradora, constituindo-o meu mandatário, com poderes expressos para representar-me, na forma prevista no Decreto Lei 73/66 e do Código Civil.

**ATENÇÃO: Este documento só é válido mediante o preenchimento do local e data de assinatura do declarante.**

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

