

Nº da Cooperativa | Nome da Cooperativa | Matrícula | Nº da Proposta

**PARA USO DA SEGURADORA**

Seguro | Certificado nº | Início de Vigência | Apólice  
 Novo  Atualização

Data de Assinatura do Contrato de Financiamento | Prazo do Financiamento  
 Meses

**ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE**

Estipulante | Cód.(Uso Seguradora)

Subestipulante | Cód.(Uso Seguradora)

**DADOS DO PROPONENTE**

Nome Completo | Data de Nascimento

Idade | Sexo  F  M | Nº de Filhos | Estado Civil  
 Solteiro  Casado  Separado  Divorciado  Viúvo

CPF<sup>1</sup> |  Titular  Dependente | Natureza do Documento | Órgão Expedidor | Nº do Documento

Data de Expedição | Ocupação Principal | Código | Empresa em que Trabalha | Renda Mensal Bruta  
 R\$

É pessoa politicamente exposta?<sup>2</sup>  
 Não  Sim Especificar: | Categoria  Empregador  Outros  
 Empregado  Autônomo  Serv. Público

Av./Rua | Nº | Complemento

Bairro | Cidade | Estado | CEP

DDD | Telefone | DDD | Celular | E-mail | Residente no Brasil?  
 Sim  Não

<sup>1</sup>No caso de proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação, informando o país de emissão.

<sup>2</sup>A definição de pessoa politicamente exposta encontra-se nas notas explicativas.

**CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS**

**TITULAR**  
 Morte | IPTA | IFPDA | Prêmio Total  
 R\$ | R\$ | R\$ | R\$

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.

**BENEFICIÁRIOS**

O beneficiário será o estipulante ou quem ele indicar, desde que observado o objetivo do seguro de quitar a dívida contraída pelo segurado até o seu limite. Em caso de morte do segurado, existindo saldo de capital, este será pago aos beneficiários indicados pelo segurado. Inexistindo indicação, o benefício será pago de acordo com o artigo 792 do Código Civil.

Nome Completo	Data de Nascimento	Plano	Parentesco*	Participação %
				%
				%
				%
				%

\* A - Avô(ó); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

As informações sobre atualizações, benefícios e processos SUSEP constam da via do proponente (Notas Explicativas).

**Esta proposta só poderá ser considerada se acompanhada de Declaração Pessoal de Saúde preenchida e assinada.**

Espaço para relógio de protocolo

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a MONGERAL AEGON tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MONGERAL AEGON no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor já aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

#### PARA USO DA SEGURADORA

Convênio de Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Regional	Gerente de Sucursal	Sub Gerente
Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2	Agente de Fidelização		

#### PARA USO DO CORRETOR

Nome Corretor	Código SUSEP	Assinatura

#### DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Comprometo-me a informar à Seguradora a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após o preenchimento desta proposta, durante a vigência do(s) plano(s) por mim contratado(s). Declaro, ainda, que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos/condições gerais dos planos escolhidos, inclusive quanto ao **reenquadramento etário, que ocorrerá, quando previsto no plano, anualmente, no mês de maio para os clientes com pagamento via desconto em folha e, no mês de aniversário da contratação do plano para as demais formas de pagamento.** Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos/condições gerais sabendo, desde já, que a aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante/ Subestipulante da(s) apólice(s) em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais e especiais da(s) referida(s) apólice(s), devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. No entanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão o direito a cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento expresso, enquanto o pagamento dos prêmios ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente de que a(s) apólice(s) poderá(ão) não ser renovada(s) em seu aniversário, por decisão do Estipulante/ Subestipulante ou da Seguradora.

#### FORMA DE PAGAMENTO

Boleto Bancário

Matrícula Funcional	Complemento	Código do Órgão	Sub-nível 1	Sub-nível 2	Sub-nível 3	A partir de

Débito em Conta Corrente

Nº Banco	Nome do Banco	Nº Agência	Nº Conta Corrente	Código do Órgão	A partir de
Nome do Titular da Conta ou Funcionário Descontado				CPF	

Autorizo o banco acima designado a debitar na conta corrente, o valor correspondente aos prêmios do(s) plano(s) contratado(s) nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela seguradora ao banco. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para a finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. Declaro-me ciente de que o banco poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento, quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da seguradora ou do banco informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data

Assinatura do Correntista/Proponente / Funcionário Descontado

Central de Relacionamento Mongeral Aegon • 4003 3355, Capitais e Regiões Metropolitanas  
0800 881 3355, todas as localidades • www.mongeralaegon.com.br

Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. • Matriz: Travessa Belas Artes, 15 CEP 20060-000 Rio de Janeiro RJ

## NOTAS EXPLICATIVAS

### SEGURADORA

---

As coberturas de Seguro Prestamista previstas nesta proposta são garantidas pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. - CNPJ: 33.608.308/0001-73.

### PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

---

Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na legislação vigente.

### BENEFÍCIOS

---

**Morte:** garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental, do segurado.

**MAC:** garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte por acidente do segurado.

**IPTA:** garante uma indenização aos beneficiários, em caso de invalidez permanente total por acidente.

**IFPDA:** antecipação aos beneficiários do Capital Segurado da cobertura de morte em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

### PROCESSOS SUSEP

---

Seguro Prestamista Taxa Média - 15414.000544/2006-81.

Seguro Prestamista Faixa Etária - 15414.000543/2006-36.

### CORRETOR

---

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.

### INFORMAÇÕES GERAIS

---

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

## DECLARAÇÃO PESSOAL DE ATIVIDADE E SAÚDE COM CÔNJUGE

Esta Declaração Pessoal de Saúde é parte integrante da proposta nº \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_

Nome Completo do Proponente \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

	TITULAR	CÔNJUGE
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento atualmente? Em caso afirmativo, informar qual.		
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Em caso afirmativo, informar quais.		
3. Sofre de doenças do sangue ou de diabetes? Em caso afirmativo, informar quais.		
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, informar quais.		
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado(a) em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 (cinco) anos? Em caso afirmativo, especificar.		
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Em caso afirmativo, informar quais.		
7. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido(a) a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Em caso afirmativo, especificar.		
8. É portador(a) do vírus HIV?		
9. Encontra-se afastado(a) da atividade de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez?		
10. É fumante? Em caso afirmativo, informar a quantidade média de cigarros por dia.		
11. Indique seu peso e altura:	_____ Kg e _____ m	_____ Kg e _____ m
12. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares? Em caso afirmativo, especificar.		

Declaro que as informações prestadas acima são verdadeiras e estou ciente que os eventos ocorridos em consequência de doenças pré-existentes à contratação do seguro e que não tenham sido declaradas nesta DPS não estarão cobertos, nos termos das condições gerais do(s) plano(s) contratado(s) e de acordo com o que prevê o artigo 766 do Código Civil.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proponente

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Identidade do Responsável (quando necessário)

Proponentes entre 0 e 16 anos deverão ser representados pelos pais tutores ou curadores. Caso o proponente seja maior de 16 anos e menor de 18 anos a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal.