



TRANSFERÊNCIA COTA NÃO CONTEMPLADA

CONDIÇÕES:

Para realizarmos a análise do processo de transferência dos direitos e obrigações da cota a terceiros é necessário:

- Estar em dia com os pagamentos das parcelas.
- É imprescindível que o Termo de Cessão e Transferência esteja completamente preenchido, inclusive com e-mail do cedente e cessionário.

O prazo para a conclusão é de 5 (cinco) dias úteis após a recepção dos documentos pelo departamento responsável.

| Pessoa Física | Pessoa Jurídica | Documentos e Formulários |
|---------------|-----------------|--|
| X | X | <u>Cópia</u> simples da Carteira Nacional de Habilitação ou RG (documento de identidade) e CPF. Quando se tratar de Pessoa Jurídica, os sócios também deverão apresentar. |
| X | X | <u>Cópia</u> simples do Comprovante de Endereço Residencial (máximo 60 dias da emissão). Quando se tratar de Pessoa Jurídica, a empresa e os sócios também deverão apresentar. |
| X | | <u>Cópia</u> simples do Comprovante de Rendimentos (máximo 60 dias da emissão). Autônomos deverão apresentar <u>cópia</u> simples a Declaração de Renda, emitida pelo contador e com dados do CRC, ou <u>cópia</u> simples da última Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (com protocolo de entrega). Quando houver saldo devedor na cota. |
| | X | <u>Cópia</u> simples do Contrato Social e última alteração (se houver) ou ATA de Assembleia e Estatutos atualizados (Cedente/Vendedor e Cessionário/Comprador). |
| | X | <u>Cópia</u> simples da Relação de Faturamento dos últimos 12 (doze) meses, emitida pelo contador e com dados do CRC, ou <u>cópia</u> simples da última Declaração do Imposto de Renda (com protocolo de entrega). Quando houver saldo devedor na Cota. |
| X | X | <u>Cópia</u> simples do boleto e do comprovante de pagamento da tarifa: R\$ 350,00. Deverão ser entregues juntos com os documentos. |
| X | X | 1 (uma) <u>cópia</u> da Ficha Cadastral, preenchida e assinada pelo cessionário/comprador. Quando se tratar de Pessoa Jurídica (empresa), os sócios também deverão preencher e assinar. |
| X | X | 1 (uma) via <u>original</u> do Termo de Cessão e Transferência de Direitos e Obrigações. Página 1: Preencher, assinar e reconhecer firma por autenticidade da assinatura do Cedente (vendedor). Página 2: O cedente e o cessionário deverão rubricar. |
| X | X | 1 (uma) via <u>original</u> da Proposta de Seguro Prestamista (se houver), preenchida e assinada pelo cessionário/comprador. Quando se tratar de Pessoa Jurídica, o sócio-administrador também deverá preencher e assinar. |

Consórcio Nacional Volkswagen

Capitais e Regiões Metropolitanas : 4003 6636

Demais Regiões : 0800 770 1936

Central de Atendimento Portadores Deficiência Auditiva/Fala : 0800 770 1935

Serviço de Apoio ao Consumidor : 0800 7701926

Ouvidoria : 0800 7012834

Site: www.vwfs.com.br (também disponível na versão mobile)

CNVW_491 Janeiro/2021



Ressaltamos que, se necessário, novos documentos e garantias poderão ser solicitados no decorrer da análise.

Importante: Documentos pendentes devem ser regularizados em 30 dias, após este prazo a documentação será descartada e o processo precisará ser reiniciado.

FORMA DE ENVIO:

Via correio para **Consórcio Nacional Volkswagen – Garantias** – Caixa Postal 545 – CEP 06763-970-Taboão da Serra/SP.

Observações :

Cessão de Direitos BUE : Cotas de funcionários, aposentados e ex-funcionários, só é possível efetuar a transferência para outro funcionário do grupo e/ou parente de acordo com as regras internas estabelecidas.

Processos finalizados através de **Procuração** deverão apresentar **o Termo de Responsabilidade** preenchido, assinado e informando:

- ✓ **Cota Contemplada** - informar ciência da data de contemplação
- ✓ **Cota Não contemplada com sorteio programado** - informar ciência da data de sorteio



FICHA CADASTRAL - PESSOA FÍSICA

TRANSFERÊNCIA DE QUOTA

Crédito aprovado com Devedor Solidário?

- CONTEMPLAÇÃO COM VEÍCULO NÃO
 DEVEDOR SOLIDÁRIO SEM VEÍCULO SIM 1 ou 2

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---------------------------|--|
| Nº DN | CONCESSIONÁRIA | REGIONAL | GRUPO | QUOTA | DC | |
| CLIENTE | CPF | NOME | | | | |
| | IDENTIDADE Nº | ORGÃO EXPEDIDOR | DATA NASCIMENTO | NACIONALIDADE | | |
| | NATURALIDADE | SEXO | ESTADO CIVIL | Nº DEPENDENTES | | |
| | FILIAÇÃO MÃE | | | | | |
| | ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.) | | | Nº | COMPLEMENTO | |
| | BAIRRO | CIDADE | UF | CEP | | |
| | TELEFONE RESIDENCIAL (DDD/Nº) | TELEFONE CELULAR (DDD/Nº) | ENDEREÇO INTERNET/EMAIL | AUTORIZA RECEBER INFORMAÇÕES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| | DIVULGAÇÃO NOME/ENDEREÇO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | TEMPO DE RESIDÊNCIA | TIPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> FINANCIADA <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> OUTROS | ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> OUTROS (Indicar Abaixo) | | |
| | ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (Rua/Av.) | | | Nº | COMPLEMENTO | |
| | BAIRRO | CIDADE | UF | CEP | TELEFONE (DDD/Nº) | |
| | EMPRESA ONDE TRABALHA | | CNPJ (EM CASO DE PROPRIETÁRIO) | | | |
| | DATA DE ADMISSÃO | ATIVIDADE PRINCIPAL | | | | |
| | ENDEREÇO COMERCIAL (Rua/Av.) | | | Nº | COMPLEMENTO | |
| | BAIRRO | CIDADE | UF | CEP | RAMAL | |
| | TELEFONE COMERCIAL (DDD/Nº) | RAMAL | TELEFONE DIRETO (DDD/Nº) | RENTA MENSAL (A) | OUTRAS RENDAS (B) | |
| RENTA TOTAL (C) = (A + B) | FORMA DE REMUNERAÇÃO <input type="checkbox"/> ASSALARIADO <input type="checkbox"/> COMISSIONADO <input type="checkbox"/> HORISTA <input type="checkbox"/> PRÓ-LABORE | | | | | |
| CÔNJUGE | CPF (CÔNJUGE) | NOME | | | DATA NASCIMENTO | |
| | EMPRESA ONDE TRABALHA | | CNPJ (EM CASO DE PROPRIETÁRIO) | | | |
| | DATA DE ADMISSÃO | TELEFONE DIRETO (DDD/Nº) | RENTA MENSAL (A) | OUTRAS RENDAS (B) | RENTA TOTAL (C) = (A + B) | |
| | | | | | | |
| BENS | ESPECIE (Veículo/Imóvel) | LOCALIZAÇÃO (End./Área) | CARACTERÍSTICA (Modelo/Ano) | CIDADE (Imóvel) | VALOR COML. R\$ | |
| | | | | | QUITADO (sim/não) | |
| | | | | | PREST. MENSAL R\$ | |
| REFERÊNCIAS | BANCO | Nº AGÊNCIA | NOME DA AGÊNCIA | Nº CONTA CORRENTE | TEMPO DE C. CORRENTE | |
| | BANCO | Nº AGÊNCIA | NOME DA AGÊNCIA | Nº CONTA CORRENTE | TEMPO DE C. CORRENTE | |
| CONTABILIZAÇÃO | DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA | | | OPÇÃO DE CRÉDITO | | |
| | Declaro estar cliente e concordo que as despesas referentes ao registro das GARANTIAS, perante os Cartórios e Órgãos de Trânsito, serão cobradas juntamente com o pagamento da PRESTAÇÃO MENSAL subsequente. | | | Abaixo manifesto minha opção de CRÉDITO, conforme regras do CONTRATO DE ADESÃO: <input type="checkbox"/> Integral <input type="checkbox"/> Parcial | | |
| DECLARAÇÕES | ASSINATURA DO CLIENTE | | | | | |
| | ASSINATURA DO CLIENTE | | | | | |
| | PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE - CIRCULAR 3.978/20 BACEN | | | | | |
| | Conforme Circular 3.978/20, as instituições financeiras devem identificar pessoas que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e estreitos colaboradores. | | | | | |
| | Assim sendo, para cumprimento da determinação legal acima, seguem as seguintes informações: | | | | | |
| | - Exerceu ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | |
| | - Cargo ou Função: _____ Data fim do exercício: _____ | | | | | |
| | - Data início do exercício: _____ | | | | | |
| | - Empresa/Órgão Público: _____ | | | | | |
| | - Possui relacionamento/ligação com Agente Público? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não CPF: _____ | | | | | |
| - Nome do relacionado: _____ Tipo de Relacionamento: _____ | | | | | | |
| - Cargo ou Função: _____ | | | | | | |
| DECLARAÇÃO DE PROPOSITOS | | | | | | |
| Natureza: Relação de negócio com o Consórcio Nacional Volkswagen. Propósito: <input type="checkbox"/> Operações de Consórcio <input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____ | | | | | | |
| DECLARAÇÕES: | | | | | | |
| 1- Em atendimento ao disposto na Circular BACEN 3.978/20, as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, estando cliente, ainda, de que poderei incorrer nas penas do art. 299, do Código Penal, em caso de declarações falsas. Ademais, de acordo com a mesma Circular, fico responsável por encaminhar correspondência acompanhada dos respectivos comprovantes ao endereço: R. Volkswagen, 291 – Jabaquara – Cep: 04344-010 - São Paulo/SP, aos cuidados do Departamento de Serviços a Clientes. Caixa Postal Interna 8044, caso ocorra qualquer alteração dos meus dados cadastrais (exemplo: estado civil, endereço comercial, residencial ou para correspondência, telefone, renda e patrimônio). | | | | | | |
| 2- Fica essa instituição autorizada a consultar e disponibilizar as informações acima prestadas à SERASA S.A., Boa Vista Serviços S.A.- Administrador do SPCP e outras entidades congêneras. | | | | | | |
| 3- Fica essa instituição autorizada, ainda, a fornecer toda e qualquer informação relacionada às operações financeiras contratadas por mim com essa instituição, às empresas integrantes do Grupo Volkswagen, assim como prestadores de serviços devidamente aprovados por referidas empresas. | | | | | | |
| 4- Por fim, para atendimento à Lei 12.414/11, que disciplina a formação e consulta a banco de dados com informações de adimplimento, de pessoas naturais ou de pessoas jurídicas, para formação de histórico de crédito, autorizo a abertura de cadastro em bancos de dados, bem como o compartilhamento de informações de adimplimento. | | | | | | |
| 5- Declaro ter ciência que essa instituição realiza o tratamento dos meus dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), sem prejuízo do tratamento dos dados pessoais já fornecidos e de serem coletados dados pessoais adicionais, podendo inclusive compartilhá-los com as empresas pertencentes ao Grupo Volkswagen no Brasil ("Grupo VW"), tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.wvfs.com.br . | | | | | | |
| LOCAL E DATA | | ASSINATURA DO CLIENTE | | REPRESENTANTE | | |
| DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO CADASTRAMENTO (USO INTERNO) | | | | | | |
| Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas, à vista dos originais do documento de identidade, do CPF/CNPJ, e outros comprobatórios dos demais elementos de informação apresentados, sob pena de aplicação do disposto no art. 64 da Lei nº 8.383, de 30.12.91. | | | | | | |
| LOCAL E DATA | | ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO CADASTRO | | | | |
| NOME: _____ | | | | | | |
| USO INTERNO | | | | | | |
| DADOS DA OPERAÇÃO | | | | | | |
| VEÍCULO MARCA | MODELO | <input type="checkbox"/> NOVO <input type="checkbox"/> SEMI-NOVO | ANO FABRICAÇÃO | ANO MODELO | | |
| PLANO | VALOR DA NOTA FISCAL (R\$) | VALOR DO CRÉDITO (R\$) | VALOR SALDO DEVEDOR (R\$) | | | |

**TERMO DE CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES A CONTRATO DE CONSÓRCIO
(COTA SEM VEÍCULO)**

| | | | |
|---------------------|--------------|-------------|-----------|
| Local e Data | Grupo | Cota | DC |
|---------------------|--------------|-------------|-----------|

Quadro Nº1 – PARTES ADMINISTRADORA

Consórcio Nacional Volkswagen – Adm. de Consórcio Ltda., com sede social em São Paulo, Rua Volkswagen nº 291, bairro Pq Jabaquara - SP CEP 04344-020. Inscrito no CNPJ sob Nº 47.658.539/0001-04

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| CEDENTE (Nome/ Razão Social) | CPF/CNPJ |
|-------------------------------------|-----------------|

Endereço residencial/Sede (Rua, Av., Nº, compl.)

| | | | | |
|--------|--------|--------|-----|----------------|
| Bairro | Cidade | Estado | CEP | Telefone (DDD) |
|--------|--------|--------|-----|----------------|

E-mail

| | |
|---|-----------------|
| CESSIONÁRIO (Nome/ Razão Social) | CPF/CNPJ |
|---|-----------------|

| | | | |
|---------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Identidade Nº | Orgão Expedidor | Data de Nasc./ Constituição | Profissão/Ramo de Atividade |
|---------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|

Sexo: F M **Estado Civil** Casado Solteiro Viúvo Divorciado Outros

Endereço residencial/Sede (ruas, Av., Nº, compl.)

| | | | | |
|--------|--------|--------|-----|--|
| Bairro | Cidade | Estado | CEP | |
|--------|--------|--------|-----|--|

| | | |
|---------------|----------------------------|--------------------------|
| Celular (DDD) | Telefone Residencial (DDD) | Telefone Comercial (DDD) |
|---------------|----------------------------|--------------------------|

E-mail Autoriza divulgação de nome e endereço?
 Sim Não

| | | | | | |
|---|---|---|-------|---------|-------|
| Renda/ Faturamento Mensal R\$ | Deseja informar conta para depósito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Possui | Poupança <input type="checkbox"/> Corrente | Banco | Agência | Conta |
|---|---|---|-------|---------|-------|

Preencher apenas para Pessoa Jurídica
Nome Responsável: Sócio Diretor Procurador CPF Participação (%)

Nome Responsável: Sócio Diretor Procurador CPF Participação (%)

| | | |
|--------------------------|--|------------------|
| Capital Subscrito R\$ | Sócio Beneficiário ao Seguro de vida (somente S/A) | CPF Beneficiário |
|--------------------------|--|------------------|

Quadro Nº2 – CARACTERÍSTICAS DA OPERAÇÃO DE CONSÓRCIO – Plano de Consorcio
 Normal Padrão Mais Exclusivo Leve Reduzido Conforto _____

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------|----------------------------------|----------|---|----------------------|
| Prazo de Duração do Grupo | % de Contribuição Mensal | % Fundo de Reserva | % Taxa de Administração Antecip. | Diferida | Valor da 1ª Prestação na data da proposta R\$ | Seguro de Vida (S/N) |
|---------------------------|--------------------------|--------------------|----------------------------------|----------|---|----------------------|

VEÍCULO BÁSICO DO PLANO NA DATA DA PROPOSTA DE PARTICIPAÇÃO AO GRUPO DE CONSÓRCIO

| | | |
|--|--------|------------------------|
| Marca <input type="checkbox"/> VW <input type="checkbox"/> MAN <input type="checkbox"/> Ducati | Modelo | Valor do Modelo R\$ |
|--|--------|------------------------|

| | | |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|
| SITUAÇÃO DA COTA NESTA DATA | Percentual do Acordo | Valor do saldo devedor R\$ |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|

SENHOR CEDENTE: ANTES DE ASSUMIR ESTE TERMO CERTIFIQUE-SE JUNTO À ADMINISTRADORA SE A SUA COTA ESTÁ CONTEMPLADA PELO SISTEMA DE SORTEIO.

ESTA CESSÃO DE TRANSFERÊNCIA SOMENTE TERÁ VALIDADE APÓS A ANUÊNCIA DA ADMINISTRADORA.
DATA DA ANUÊNCIA:

ASSINATURAS

| | | |
|--|-------------|---|
| Cedente <i>(Reconhecer Firma por Autenticidade)</i> | Cessionário | Consórcio Nacional Volkswagen Adm. De Consórcio Ltda |
|--|-------------|---|

CLÁUSULAS DO TERMO DE CESSÃO E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES A CONTRATOS DE CONSÓRCIO (COTA SEM VEÍCULO)

- 1. CONTRATO DE CONSÓRCIO:** conforme o **CONTRATO DE CONSÓRCIO**, o CEDENTE é participante do GRUPO/COTA/DC acima enumerado.
- 2. CESSÃO DE DIREITOS E OBRIGAÇÕES:** o CEDENTE e o CESSIONÁRIO informam à **ADMINISTRADORA** que, entre si, transacionaram os direitos e obrigações inerentes ao **CONTRATO DE CONSÓRCIO**, por valor entre eles acordado. Com a anuência da **ADMINISTRADORA**, o CESSIONÁRIO assume a responsabilidade pela liquidação do **SALDO DEVEDOR** do **CONTRATO DE CONSÓRCIO**.
- 3. COMPROMETIMENTO PELO CUMPRIMENTO DAS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES:** o CESSIONÁRIO declara, expressamente, haver tomado conhecimento prévio de todas as cláusulas e condições que compõem o **CONTRATO DE CONSÓRCIO**, incluindo eventuais acordos firmados entre o CEDENTE e a **ADMINISTRADORA**. Por havê-las compreendido e aceitado, como se aqui estivessem transcritas, obriga-se a cumpri-la e respeitá-la em sua integridade.
- 4. PERCENTUAL DO ACORDO:** o valor percentual mencionado no Campo "Percentual do Acordo" incide sobre o **VEÍCULO BÁSICO DO PLANO**, acrescido da Taxa de Administração e Fundo de Reserva e corresponde ao **SALDO DEVEDOR** em Atraso da **COTA**, cujo pagamento será efetuado, pelo CESSIONÁRIO, no momento do Faturamento do Veículo deduzindo-se do **CRÉDITO** o montante apurado ou, se acordado de forma diversa, no pagamento das **PRESTAÇÕES MENSAIS** subsequentes com a sua liquidação efetivada no momento da **CONTEMPLAÇÃO** da **COTA**. O Percentual do Acordo pode ser alterado no caso de substituição do **VEÍCULO BÁSICO DO PLANO**, ou pagamento de valores a maior das **PRESTAÇÕES MENSAIS** a vencer.
- 5. PROCURAÇÃO:** o CESSIONÁRIO constitui a **ADMINISTRADORA** sua bastante procuradora para exercício dos poderes a que se refere o **CONTRATO DE CONSÓRCIO**.
- 6. IRREVOGABILIDADE:** a CESSÃO é celebrada em caráter irrevogável e irretratável, obrigando as Partes e seus herdeiros e sucessores
- 7. FORO:** o Foro de São Paulo-SP é o competente para este Contrato, podendo a **ADMINISTRADORA**, ou a quem sub-rogar-se em seus direitos, optar pelo foro do domicílio do **CONSORCIADO**, ou ainda, pelo foro de qualquer de suas Dependências autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil ou do eventual sub-rogado.

Rubrica do Cedente: _____

Rubrica do Cessionário: _____



www.cnvw.com.br



Central de Relacionamento a Clientes:
 Capitais e Regiões metropolitanas: 4003 6636
 Demais Regiões: 0800 770 1936
 Central de Atendimento Portadores de Deficiência Auditiva/Fala: 0800 770 1935
 Serviço de Apoio ao Consumidor: 0800 770 1926

Segunda a sexta: 8h às 20h
 Sábado: 8h às 14h

Ouvidoria: 0800 701 2834

Segunda a sexta: 8h às

Ao

Consórcio Nacional Volkswagen

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF _____,
titular da cota ____/____/____, solicito prosseguimento do processo abaixo assinalado,
conforme procuração publica outorgada a _____,
declarando que tenho total conhecimento do procedimento requerido e nada tendo a reclamar.

Termo de cessão e transferência de direitos e obrigações do contrato de consórcio

Preenchimento
obrigatório 

- Data da contemplação ____/____/____
- Data do sorteio ____/____/____

Devolução de valores de consórcio

Preenchimento
obrigatório 

- Valores disponíveis: R\$ _____
- Data da contemplação ____/____/____

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura _____

(Reconhecer assinatura por Autenticidade)

Nome por extenso: _____

PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA

NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85

SEGURADORA: MAPFRE SEGUROS GERAIS – CNPJ 61.074.175/0001-38

Avenida das Nações Unidas 14.261 – Ala A, 17º ao 21º andar, Vila Gertrudes – São Paulo / SP

| | |
|--|--------------------|
| Estipulante/Credor | CNPJ |
| CONSORCIO NACIONAL VOLKSWAGEN - ADMINISTRADORA DE CONSORCIO LTDA | 47.658.539/0001-04 |

| Vigência da Apólice de Seguro | | Capital Segurado (cobertura) | Prêmio | |
|---|----------------------|------------------------------|---------|--------------------------------|
| Início (data da realização da 1ª assembleia): | Fim (prazo da cota): | X Vinculado (saldo devedor) | 0,0686% | Sobre o Valor do Saldo Devedor |
| | | | 0,01% | Sobre o Prêmio Líquido Emitido |

| | |
|---------------|-----------------|
| Segurado/Nome | Data Nascimento |
| | |

| | | | |
|----|-----|------------------------------|-----|
| RG | CPF | Pessoa Exposta Politicamente | |
| | | Sim | Não |

| |
|--|
| Proposta de participação a grupo de consórcio nº |
| |

OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ou saldo devedor ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra a morte e/ou invalidez total por acidente do segurado, de acordo com as condições contratuais, desde que o evento não se enquadre como risco excluído da cobertura securitária.

BENEFICIÁRIO

Credor/Estipulante, nos termos da regulamentação em vigor.

Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

DISPOSIÇÕES GERAIS

Autorizo a Estipulante a incluir meu nome na apólice de Seguro Prestamista contratado junto a MAPFRE Seguros Gerais S/A (Seguradora) situada à Avenida das Nações Unidas, 14.261 Ala A, 17º ao 21º Andar, Vila Gertrudes, CEP 04794-000, São Paulo/SP, CNPJ 61.074.175/0001-38, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as Cláusulas e Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhado diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados, não lhe darão o direito de cancelar o seguro sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio for de minha responsabilidade.

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. Em caso de cancelamento por perda de objeto a Seguradora deverá ser comunicada formalmente.

Em se tratando de venda nova e substituição de bem, a cobertura do seguro terá início na data de realização da primeira assembleia. Em se tratando de Cessão de Direitos (transferência de quota), a cobertura terá início a partir da anuência da Administradora junto ao processo de cessão de direitos. Em todas as situações, durante a vigência da apólice, a cobertura securitária ficará vinculada a aceitação da seguradora e ao pagamento ininterrupto do prêmio de seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO PRESTAMISTA

NÚMERO DO PROCESSO SUSEP: 15414.002696/2011-85

Esta proposta considera 36,21% de remuneração incidente sobre o prêmio emitido, líquido de impostos e emolumentos. Tal percentual refere-se a média simples de remuneração acumulada entre os meses de janeiro à novembro de 2020.

Outras modalidades de remuneração pós-fixadas poderão se aplicar ao relacionamento entre a seguradora e o intermediário, conforme eventuais políticas comerciais ou instrumentos contratuais.

Declaro que estou ciente e que foram integralmente cumpridas as regras de conduta que devem ser praticadas pelos intermediários no relacionamento com o cliente previstas nas legislações vigentes, especialmente sobre as informações mínimas que devem ser disponibilizadas antes da aquisição do produto de seguro.

A cobrança do prêmio de seguro só poderá ser feita com a prévia autorização do Segurado, seja por boleto, débito em conta, cartão de crédito ou folha de pagamento.

Em caso de cotas Pessoa Física com mais de um responsável, cada um deverá preencher a proposta de adesão e a indenização será proporcional ao número de titulares da cota. Em caso de cotas Pessoa Jurídica cada sócio, titulares, instituidores, administradores ou empresários, cada um deverá preencher a proposta de adesão e a indenização será proporcional a sua participação no capital social da empresa.

A Seguradora se reserva no direito de negar a indenização, em caso de evento por morte, decorrente de má-fé e/ou doença pré-existente não declarada quando da assinatura deste documento.

Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano 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, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Declaro que tive conhecimento das informações mínimas que devem ser disponibilizadas antes da aquisição deste seguro, conforme previsto na Resolução CNSP nº 382/2020, especialmente sobre os valores da remuneração dos intermediários que incidem sobre o valor do seguro.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente que se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta, perderei o direito à indenização de acordo com o Código Civil Brasileiro.

Concordo que as declarações prestadas passam a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer época, no amparo e na defesa dos seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

Autorizo a Seguradora a efetuar o levantamento de meu prontuário médico, junto a hospitais, clínicas, entidades pública ou privada, pronto-socorro e/ou consultórios médicos, bem como sobre resultados de exames e tratamentos instituídos, a fim de dirimir dúvidas para a liquidação de sinistros.

DECLARO QUE TIVE CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES GERAIS E EXPRESSO MINHA CONCORDÂNCIA COM A CONTRATAÇÃO DO SEGURO PRESTAMISTA.

| Local e Data | Assinatura do Segurado |
|--------------|------------------------|
| | |