

35

35
T
Y

CHECK-LIST

INFORMAÇÕES DO FINANCIADO

CLIENTE: _____

ÓRGÃO: _____ DATA: _____

DOCUMENTOS SABEMI

- Contrato de Abertura de Crédito para Obtenção de Assistência Financeira - CAC (2 vias)
- Proposta de Inscrição SABEMI Seguradora - PIS
- Proposta de Adesão AP - PAP
- Proposta de Inscrição SABEMI Previdência - PIP
- Autorização p/ Consignação em Folha de Pgto. e Débito em Conta Corrente - PCF
- Autorização de Pagamento - APG

DOCUMENTOS DO CLIENTE

- Contracheques
- Identidade e CPF
- Comprovante de Domicílio Bancário
- Comprovante de Residência

OBSERVAÇÕES

- 2.5** Em caso de inexistência de saldo em conta corrente que inviabilize o eventual desconto das parcelas ora contratadas o PARTICIPANTE AUTORIZA expressamente a SABEMI a comandar o débito das mesmas em qualquer conta corrente vinculada ao seu CPF na mesma ou em outra instituição financeira.
- 3.** Fica ajustado, certo e contratado que a liberação total dos recursos objeto da presente Assistência Financeira ao PARTICIPANTE está condicionada à confirmação da margem consignável em seu contracheque do valor integral da parcela contratada e da respectiva aceitação dos comandos de averbação dos descontos pelo órgão ao qual se vincula.
- 3.1** Se por qualquer motivo não houver margem consignável suficiente para acatar os comandos de descontos dos valores integrais das parcelas ora contratadas, a SABEMI está autorizada a efetuar os ajustes de valores da presente Assistência Financeira, valendo o respectivo demonstrativo de ajuste dos valores liberados, apurados nos exatos termos e limites deste contrato, parte integrante do presente para indicar a liquidez, a certeza e a exigibilidade da dívida efetivamente assumida.
- 3.2** O PARTICIPANTE AUTORIZA a SABEMI a comandar descontos parciais das parcelas ora contratadas nas modalidades de pagamento acima estipuladas, separada ou concomitantemente, nos termos do respectivo demonstrativo de ajuste de valores, respeitadas as condições estabelecidas neste contrato.
- 3.3** Fica ajustado, certo e contratado que havendo necessidade de liberação antecipada de valores para quitação de dívida do PARTICIPANTE com terceiros, o PARTICIPANTE compromete-se a não utilizar a margem liberada pela respectiva quitação com qualquer outra instituição financeira, sob pena de estar obrigado a devolver a quantia utilizada acrescida dos encargos contratuais e incorrer em prática delituosa (Livro dos Crimes Contra o Patrimônio, do Código Penal Brasileiro).
- 3.4** Fica o PARTICIPANTE ciente de que é de seu compromisso e responsabilidade acompanhar a liberação de margem consignável em seu contracheque pelas respectivas instituições financeiras dos descontos dos contratos quitados pela presente Assistência Financeira, sob pena de arcar com os prejuízos decorrentes.
- 4.** Fica o PARTICIPANTE ciente de que o desconto em folha para pagamento da primeira parcela ajustada poderá ocorrer em período superior a 30 dias da contratação, caso em que serão cobrados os juros contratados no período, ficando a SABEMI AUTORIZADA a efetuar os devidos ajustes de valores.
- 5.** O PARTICIPANTE DECLARA estar ciente de que a contratação da presente Assistência Financeira compromete parte da sua renda em razão dos descontos diretos em seu contracheque e/ou sua conta salário.
- 6.** O PARTICIPANTE se obriga a pagar o valor emprestado acrescido dos encargos previstos no preâmbulo deste instrumento, na forma e nos prazos indicados no mesmo preâmbulo ou em demonstrativo de ajuste de valores, ficando esclarecido, certo e ajustado, para todos os fins e efeitos em direito previstos, que qualquer impossibilidade de averbação do valor total ou parcial das parcelas ora ajustadas seja em folha de pagamento, seja em débito em conta corrente a SABEMI poderá considerar antecipadamente vencida a dívida ora assumida dando início aos procedimentos de cobrança.
- 7.** Conforme Art. 15 da Circular SUSEP 320/2006, o plano de previdência complementar não poderá ser cancelado enquanto não forem quitadas todas as contraprestações relativas à Assistência Financeira concedida ao titular do plano, ficando condicionado o pagamento do empréstimo de forma parcelada à manutenção da condição de PARTICIPANTE. Perdida a condição de participante, a dívida vencer-se-á integral e antecipadamente.
- 8.** Uma vez quitada a Assistência Financeira o PARTICIPANTE poderá, se quiser, solicitar o cancelamento do plano de previdência complementar, mediante carta com sua assinatura devidamente reconhecida em cartório, que deverá ser encaminhada à SABEMI.
- 9.** No caso de morte do titular, o valor do benefício a ser pago deverá ser compensado do valor do saldo devedor existente à época da ocorrência do evento gerador (Art. 6º, Inc.II, parágrafo 4º da Circular SUSEP320/2006).
- 10.** Ocorrendo impontualidade no pagamento de qualquer das parcelas devidas pelo PARTICIPANTE, serão cobrados os encargos estabelecidos neste contrato, acrescidos de: a) atualização monetária pelo índice do IGPM; b) juros moratórios de 1% ao mês; c) multa de 2% (dois por cento) do saldo devedor já acrescido das verbas mencionadas nas alíneas precedentes, desta cláusula, ou comissão de permanência, sendo esta correspondente à mesma taxa ajustada neste contrato.
- 11.** Havendo atraso no pagamento de qualquer parcela superior a 30 dias do vencimento, fica o PARTICIPANTE sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de restrição ao crédito.
- 12.** Declaro que li todo o conteúdo deste contrato e que ACEITO as cláusulas estabelecidas e que contratei e assinei diretamente nas dependências da SABEMI recebendo uma via impressa posteriormente.
- 13.** As partes elegem o Foro da Comarca desta cidade para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento. E, por estarem assim justas e acordadas entre si, as partes assinam o presente instrumento, a fim de que surta os seus jurídicos e legais efeitos.

TESTEMUNHA 1

SABEMI

TESTEMUNHA 2

Local e Data

ASSINATURA DO PARTICIPANTE/SEGURADO

CONTRATO DE ABERTURA DE CRÉDITO PARA OBTENÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

CIRCULAR SUSEP nº 320/2006

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		CÓDIGO:
DATA NASCIMENTO:	SEXO:	ESTADO CIVIL:
DOC. IDENTIFICAÇÃO:		CPF:
RESIDÊNCIA:		BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:
		TELEFONE:

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:
--------	----------	-----------------

DADOS DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

CONTRATO Nº:	TAXA DE JUROS:
VALOR FINANCIADO:	Nº DE PRESTAÇÕES:
VALOR DA PARCELA + IOF:	CET - CUSTO EFETIVO TOTAL:
	IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES DE CRÉDITO (IOF):

CLÁUSULAS

As partes neste instrumento qualificadas resolvem, de comum e de pleno acordo, pactuar o presente Contrato de Assistência Financeira, com base nas condições acima e nas cláusulas a seguir estabelecidas.

1. A SABEMI está autorizada a conceder Assistência Financeira a seus participantes, na forma da Circular SUSEP nº 320/2006 e regulamentações posteriores. O crédito concedido através da presente Assistência Financeira terá seu processo de saldamento das prestações através de consignação em folha de pagamento de salário, débito em conta corrente ou ainda qualquer outro procedimento de cobrança legalmente admitido, observadas as condições seguintes. O PARTICIPANTE autoriza a SABEMI a realizar a cobrança da(s) parcela(s) mensal(is) relativa(s) ao pagamento da Assistência Financeira, fracionadas em linhas diferentes, mas dentro do mesmo mês, de forma a possibilitar a quitação via consignação em folha de pagamento de salário.

2. O PARTICIPANTE DECLARA estar ciente de todos os encargos contratuais discriminados acima, bem como da incidência de capitalização mensal dos juros remuneratórios contratados.

2.1 O PARTICIPANTE DECLARA e reconhece que o crédito que lhe está sendo concedido pela presente Assistência Financeira lhe oferece vantagens em face das modalidades de pagamento eleitas serem preferencialmente por consignação de desconto em sua folha de pagamento e/ou sua conta corrente bancária onde recebe o crédito de seu salário e sobre a qual não há restrição para débitos e outras movimentações. Desta forma, o PARTICIPANTE AUTORIZA de maneira irrevogável e irretroatável o órgão responsável pelo pagamento de seu salário, a acatar os comandos de descontos das parcelas ora contratadas efetuados pela SABEMI até o pagamento final, comprometendo-se a manter margem suficiente, valendo o presente contrato como documento hábil de autorização.

2.2 O PARTICIPANTE AUTORIZA seu órgão pagador a averbar na folha de seus vencimentos as parcelas referentes a presente Assistência Financeira em favor da SABEMI, pelo prazo aqui estipulado ou, em caso de dilação do prazo original, até o limite necessário para o resgate total do débito do mútuo, autorizando tanto o desconto integral como, eventualmente, o desconto parcial da parcela, considerando a margem consignável. DECLARA o PARTICIPANTE que a presente autorização é válida até a quitação integral do débito valendo, inclusive, para a reinclusão automática dos descontos pelo órgão pagador em sua folha de pagamento sempre que esses, por qualquer motivo, não tiverem ocorrido, respeitada a margem consignável.

2.3 Do mesmo modo, o PARTICIPANTE AUTORIZA de forma IRRETRATÁVEL E IRREVOGÁVEL a instituição financeira onde mantém conta corrente em que recebe o crédito de seu salário e sobre a qual não há restrição para débitos e outras movimentações, a acatar os débitos das parcelas nos termos do presente contrato a serem comandadas pela SABEMI ou empresa de cobrança a sua ordem e RENUNCIA expressamente ao direito à portabilidade da referida conta, ao cancelamento ou a qualquer outro expediente que possa vir a frustrar a modalidade de pagamento ora ajustada, comprometendo-se a manter saldo suficiente para o débito das parcelas e contribuições/prêmios, valendo o presente contrato como documento hábil de autorização.

2.4 Não obstante a consignação dos descontos das parcelas em folha e/ou em conta corrente caracterizem formas preferenciais de pagamento da quantia emprestada com seus acréscimos, pelo presente o PARTICIPANTE AUTORIZA a SABEMI a promover a cobrança da dívida ora assumida por quaisquer outros meios legalmente permitidos, podendo inclusive emitir letras de câmbio, boletos bancários e outros referentes a eventuais parcelas em atraso da Assistência Financeira e de seus refinanciamentos, integrais ou parciais, acrescidos de correção, juros, encargos contratuais e respectivas tarifas bancárias.

- 2.5** Em caso de inexistência de saldo em conta corrente que inviabilize o eventual desconto das parcelas ora contratadas o PARTICIPANTE AUTORIZA expressamente a SABEMI a comandar o débito das mesmas em qualquer conta corrente vinculada ao seu CPF na mesma ou em outra instituição financeira.
- 3.** Fica ajustado, certo e contratado que a liberação total dos recursos objeto da presente Assistência Financeira ao PARTICIPANTE está condicionada à confirmação da margem consignável em seu contracheque do valor integral da parcela contratada e da respectiva aceitação dos comandos de averbação dos descontos pelo órgão ao qual se vincula.
- 3.1** Se por qualquer motivo não houver margem consignável suficiente para acatar os comandos de descontos dos valores integrais das parcelas ora contratadas, a SABEMI está autorizada a efetuar os ajustes de valores da presente Assistência Financeira, valendo o respectivo demonstrativo de ajuste dos valores liberados, apurados nos exatos termos e limites deste contrato, parte integrante do presente para indicar a liquidez, a certeza e a exigibilidade da dívida efetivamente assumida.
- 3.2** O PARTICIPANTE AUTORIZA a SABEMI a comandar descontos parciais das parcelas ora contratadas nas modalidades de pagamento acima estipuladas, separada ou concomitantemente, nos termos do respectivo demonstrativo de ajuste de valores, respeitadas as condições estabelecidas neste contrato.
- 3.3** Fica ajustado, certo e contratado que havendo necessidade de liberação antecipada de valores para quitação de dívida do PARTICIPANTE com terceiros, o PARTICIPANTE compromete-se a não utilizar a margem liberada pela respectiva quitação com qualquer outra instituição financeira, sob pena de estar obrigado a devolver a quantia utilizada acrescida dos encargos contratuais e incorrer em prática delituosa (Livro dos Crimes Contra o Patrimônio, do Código Penal Brasileiro).
- 3.4** Fica o PARTICIPANTE ciente de que é de seu compromisso e responsabilidade acompanhar a liberação de margem consignável em seu contracheque pelas respectivas instituições financeiras dos descontos dos contratos quitados pela presente Assistência Financeira, sob pena de arcar com os prejuízos decorrentes.
- 4.** Fica o PARTICIPANTE ciente de que o desconto em folha para pagamento da primeira parcela ajustada poderá ocorrer em período superior a 30 dias da contratação, caso em que serão cobrados os juros contratados no período, ficando a SABEMI AUTORIZADA a efetuar os devidos ajustes de valores.
- 5.** O PARTICIPANTE DECLARA estar ciente de que a contratação da presente Assistência Financeira compromete parte da sua renda em razão dos descontos diretos em seu contracheque e/ou sua conta salário.
- 6.** O PARTICIPANTE se obriga a pagar o valor emprestado acrescido dos encargos previstos no preâmbulo deste instrumento, na forma e nos prazos indicados no mesmo preâmbulo ou em demonstrativo de ajuste de valores, ficando esclarecido, certo e ajustado, para todos os fins e efeitos em direito previstos, que qualquer impossibilidade de averbação do valor total ou parcial das parcelas ora ajustadas seja em folha de pagamento, seja em débito em conta corrente a SABEMI poderá considerar antecipadamente vencida a dívida ora assumida dando início aos procedimentos de cobrança.
- 7.** Conforme Art. 15 da Circular SUSEP 320/2006, o plano de previdência complementar não poderá ser cancelado enquanto não forem quitadas todas as contraprestações relativas à Assistência Financeira concedida ao titular do plano, ficando condicionado o pagamento do empréstimo de forma parcelada à manutenção da condição de PARTICIPANTE. Perdida a condição de participante, a dívida vencer-se-á integral e antecipadamente.
- 8.** Uma vez quitada a Assistência Financeira o PARTICIPANTE poderá, se quiser, solicitar o cancelamento do plano de previdência complementar, mediante carta com sua assinatura devidamente reconhecida em cartório, que deverá ser encaminhada à SABEMI.
- 9.** No caso de morte do titular, o valor do benefício a ser pago deverá ser compensado do valor do saldo devedor existente à época da ocorrência do evento gerador (Art. 6º, Inc.II, parágrafo 4º da Circular SUSEP320/2006).
- 10.** Ocorrendo impontualidade no pagamento de qualquer das parcelas devidas pelo PARTICIPANTE, serão cobrados os encargos estabelecidos neste contrato, acrescidos de: a) atualização monetária pelo índice do IGPM; b) juros moratórios de 1% ao mês; c) multa de 2% (dois por cento) do saldo devedor já acrescido das verbas mencionadas nas alíneas precedentes, desta cláusula, ou comissão de permanência, sendo esta correspondente à mesma taxa ajustada neste contrato.
- 11.** Havendo atraso no pagamento de qualquer parcela superior a 30 dias do vencimento, fica o PARTICIPANTE sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de restrição ao crédito.
- 12.** Declaro que li todo o conteúdo deste contrato e que ACEITO as cláusulas estabelecidas e que contratei e assinei diretamente nas dependências da SABEMI recebendo uma via impressa posteriormente.
- 13.** As partes elegem o Foro da Comarca desta cidade para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento. E, por estarem assim justas e acordadas entre si, as partes assinam o presente instrumento, a fim de que surta os seus jurídicos e legais efeitos.

TESTEMUNHA 1

SABEMI

TESTEMUNHA 2

Local e Data

ASSINATURA DO PARTICIPANTE/SEGURADO

CONTRATO DE ABERTURA DE CRÉDITO PARA OBTENÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

CIRCULAR SUSEP nº 320/2006

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		CÓDIGO:
DATA NASCIMENTO:	SEXO:	ESTADO CIVIL:
DOC. IDENTIFICAÇÃO:		CPF:
RESIDÊNCIA:		BAIRRO:
CIDADE:	UF:	CEP:
		TELEFONE:

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:
--------	----------	-----------------

DADOS DA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

CONTRATO Nº:	TAXA DE JUROS:
VALOR FINANCIADO:	Nº DE PRESTAÇÕES:
VALOR DA PARCELA + IOF:	CET - CUSTO EFETIVO TOTAL:
	IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES DE CRÉDITO (IOF):

CLÁUSULAS

As partes neste instrumento qualificadas resolvem, de comum e de pleno acordo, pactuar o presente Contrato de Assistência Financeira, com base nas condições acima e nas cláusulas a seguir estabelecidas.

1. A SABEMI está autorizada a conceder Assistência Financeira a seus participantes, na forma da Circular SUSEP nº 320/2006 e regulamentações posteriores. O crédito concedido através da presente Assistência Financeira terá seu processo de saldamento das prestações através de consignação em folha de pagamento de salário, débito em conta corrente ou ainda qualquer outro procedimento de cobrança legalmente admitido, observadas as condições seguintes. O PARTICIPANTE autoriza a SABEMI a realizar a cobrança da(s) parcela(s) mensal(is) relativa(s) ao pagamento da Assistência Financeira, fracionadas em linhas diferentes, mas dentro do mesmo mês, de forma a possibilitar a quitação via consignação em folha de pagamento de salário.

2. O PARTICIPANTE DECLARA estar ciente de todos os encargos contratuais discriminados acima, bem como da incidência de capitalização mensal dos juros remuneratórios contratados.

2.1 O PARTICIPANTE DECLARA e reconhece que o crédito que lhe está sendo concedido pela presente Assistência Financeira lhe oferece vantagens em face das modalidades de pagamento eleitas serem preferencialmente por consignação de desconto em sua folha de pagamento e/ou sua conta corrente bancária onde recebe o crédito de seu salário e sobre a qual não há restrição para débitos e outras movimentações. Desta forma, o PARTICIPANTE AUTORIZA de maneira irrevogável e irretroatável o órgão responsável pelo pagamento de seu salário, a acatar os comandos de descontos das parcelas ora contratadas efetuados pela SABEMI até o pagamento final, comprometendo-se a manter margem suficiente, valendo o presente contrato como documento hábil de autorização.

2.2 O PARTICIPANTE AUTORIZA seu órgão pagador a averbar na folha de seus vencimentos as parcelas referentes a presente Assistência Financeira em favor da SABEMI, pelo prazo aqui estipulado ou, em caso de dilação do prazo original, até o limite necessário para o resgate total do débito do mútuo, autorizando tanto o desconto integral como, eventualmente, o desconto parcial da parcela, considerando a margem consignável. DECLARA o PARTICIPANTE que a presente autorização é válida até a quitação integral do débito valendo, inclusive, para a reinclusão automática dos descontos pelo órgão pagador em sua folha de pagamento sempre que esses, por qualquer motivo, não tiverem ocorrido, respeitada a margem consignável.

2.3 Do mesmo modo, o PARTICIPANTE AUTORIZA de forma IRRETRATÁVEL E IRREVOGÁVEL a instituição financeira onde mantém conta corrente em que recebe o crédito de seu salário e sobre a qual não há restrição para débitos e outras movimentações, a acatar os débitos das parcelas nos termos do presente contrato a serem comandadas pela SABEMI ou empresa de cobrança a sua ordem e RENUNCIA expressamente ao direito à portabilidade da referida conta, ao cancelamento ou a qualquer outro expediente que possa vir a frustrar a modalidade de pagamento ora ajustada, comprometendo-se a manter saldo suficiente para o débito das parcelas e contribuições/prêmios, valendo o presente contrato como documento hábil de autorização.

2.4 Não obstante a consignação dos descontos das parcelas em folha e/ou em conta corrente caracterizem formas preferenciais de pagamento da quantia emprestada com seus acréscimos, pelo presente o PARTICIPANTE AUTORIZA a SABEMI a promover a cobrança da dívida ora assumida por quaisquer outros meios legalmente permitidos, podendo inclusive emitir letras de câmbio, boletos bancários e outros referentes a eventuais parcelas em atraso da Assistência Financeira e de seus refinanciamentos, integrais ou parciais, acrescidos de correção, juros, encargos contratuais e respectivas tarifas bancárias.

(*) ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

DADOS DO PARTICIPANTE			
NOME DO PARTICIPANTE			MATRÍCULA
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO
OCUPAÇÃO / CARGO	SALÁRIO	DATA DE ADMISSÃO	INÍCIO DO PAGAMENTO
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO*	CIDADE*	CEP*	UF
ENDEREÇO COMERCIAL			
BAIRRO*	CIDADE*	CEP*	UF
TELEFONE RESIDENCIAL ()		TELEFONE COMERCIAL ()	CELULAR ()
E-MAIL		COMO DESEJA RECEBER AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEGURO? <input type="checkbox"/> IMPRESSO <input type="checkbox"/> E-MAIL	
DATA DE INSCRIÇÃO	CÓDIGO REPRESENTANTE	CÓDIGO AGENCIADOR	CÓDIGO

CONTRIBUIÇÃO/COBERTURA			
PROCESSO SUSEP	TIPO DE COBERTURA	VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	CARÊNCIA
	PECÚLIO POR MORTE	R\$	ATÉ 12 MESES: 40% - DE 13 ATÉ 23 MESES: 70% A PARTIR DE 24 MESES: 100%

BENEFICIÁRIOS		
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE - PREENCHER O NOME COMPLETO		% PARTICIPAÇÃO

DADOS BANCÁRIOS, AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE			
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	CPF DO TITULAR DA CONTA CORRENTE

AUTORIZO expressamente a SABEMI Seguradora a comandar os descontos da parcela do plano de Pecúlio por Morte em minha folha de pagamento e AUTORIZO meu órgão pagador a acatá-las, respeitando os termos da presente contratação. AUTORIZO também o Banco acima a acatar os comandos dos descontos das parcelas do plano, integral e/ou parcial, que por qualquer motivo não puderem ser debitadas em minha folha de pagamento, comprometendo-me a manter saldo suficiente. Em caso de inexistência de saldo na conta corrente indicada na presente AUTORIZO a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem, a comandar os descontos em qualquer outra conta bancária vinculada ao meu CPF/MF, neste ou em outros Bancos, que pela presente ficam desde já autorizados a acatar. No caso de impossibilidade de cobrança pela opção escolhida, AUTORIZO a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem a comandar os descontos por qualquer outra modalidade de cobrança.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE/ATIVIDADE E DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

DECLARO sob as penas da lei que me encontro em plenas condições de saúde e em atividade de trabalho e que não tenho nenhuma deficiência em órgãos dos sentidos (visão e/ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos, nem moléstia que me obrigue a consultar médicos ou a fazer exames periodicamente, ou a usar habitualmente medicamento ou substância medicamentosa. **DECLARO ainda que não tive e não tenho 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.** DECLARO, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas e que estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se eu tiver omitido circunstâncias que possam influenciar na aceitação da presente proposta ou na taxa de contribuição perderei o direito ao valor do benefício, além de ficar obrigado ao pagamento da contribuição vencida. DECLARO, por fim, que não desempenho ou desempenhei nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos e funções públicas relevantes e que não possuo vínculo de parentesco ou relacionamento próximo com pessoas que desempenham ou desempenharam nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos empregos ou funções públicas relevantes. Havendo algo em contrário, favor complementar sua declaração no espaço abaixo.

TERMO DE ADESÃO CONTRATUAL

Tenho conhecimento de que o início de vigência deste plano de Pecúlio por Morte ocorrerá a partir da data de aceitação da Proposta de Inscrição pela SABEMI e vigorará até o último dia do mês de competência do contracheque em que for feita a primeira tentativa de averbação da contribuição do plano. A partir desta data, desde que confirmado o desconto da contribuição no contracheque do participante, o período de vigência será do primeiro ao último dia do mês imediatamente subsequente ao de competência do referido contracheque. A ausência de pagamento da contribuição implicará na suspensão automática da cobertura contratada. Caso o valor de contribuição mensal efetivamente pago, seja inferior ao contratado e/ou atualizado, o valor da cobertura será ajustado proporcionalmente. No mês de aniversário da inscrição no plano, o valor da contribuição e o benefício serão atualizados monetariamente através do IGPM/FGV. No momento da atualização monetária, o valor das contribuições será reajustado em função da idade atingida pelo participante. Firmo a presente declaração de saúde responsabilizando-me pela fidelidade das informações prestadas sobre minha pessoa e sobre a pessoa de meus beneficiários indicados, tendo prévio e expresso conhecimento dos termos e disposições do regulamento vigente, podendo a qualquer tempo alterar os beneficiários indicados e a forma de recebimento das informações do plano. Declaro ter conhecimento de que no caso de morte do titular do plano, do valor do benefício de Pecúlio, deverá ser compensado o valor do saldo devedor existente à época da ocorrência do evento gerador, observando o disposto na Circular SUSEP 320/2006 ou a que vier substituí-la. Pela presente AUTORIZO a inclusão do meu nome no plano de Pecúlio por Morte e concordo que as declarações que prestei integrem o contrato de Pecúlio por Morte celebrado com a SABEMI Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional. Estou ciente de que para solicitar o cancelamento deste plano devo fazer a solicitação mediante carta, com minha assinatura devidamente reconhecida em cartório por autenticidade e encaminhá-la à SABEMI Seguradora, no endereço constante no preâmbulo do presente. O Regulamento deste plano protocolizado pela Seguradora junto à SUSEP poderá ser consultado no endereço eletrônico www.susep.gov.br de acordo com o número de Processo SUSEP. DECLARO que li todo o conteúdo deste contrato e que ACEITO as cláusulas estabelecidas e que recebi uma via impressa.

X

Local e Data

Assinatura



PRODUTO	ESTIPULANTE	Nº DA APÓLICE	SUBGRUPO	CORRETOR
DADOS DO PROPONENTE				
NOME DO PROPONENTE*				MATRÍCULA
DATA DE NASCIMENTO*	IDADE*	SEXO*	ESTADO CIVIL	
CPF*	RG*	ÓRGÃO EXPEDIDOR*	DATA DE EXPEDIÇÃO*	
OCUPAÇÃO / CARGO	SALÁRIO	DATA DE ADMISSÃO	INÍCIO DO PAGAMENTO	
ENDEREÇO RESIDENCIAL*				
BAIRRO	CIDADE*	CEP*	UF	
ENDEREÇO COMERCIAL				
BAIRRO	CIDADE	CEP	UF	
TELEFONE RESIDENCIAL* ()	TELEFONE COMERCIAL* ()		CELULAR* ()	
E-MAIL*	COMO DESEJA RECEBER AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEGURO? <input type="checkbox"/> IMPRESSO <input type="checkbox"/> E-MAIL			

DADOS DO SEGURO				
GARANTIA	ASSISTÊNCIAS	SORTEIO MENSAL	PRÊMIO MENSAL INDIVIDUAL	
MA - MORTE ACIDENTAL - R\$	<input type="checkbox"/> FUNERAL <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> DESCONTOS EM MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL	R\$	R\$	
Para prêmio mensal até R\$ 19,99 inclusive (ou correspondente em outra periodicidade de pagamento), as assistências somente poderão ser acionadas se a morte for decorrente de acidente pessoal coberto. Não há reembolso de despesas. Carência: até 60 anos 11 meses e 29 dias - 60 dias; a partir de 61 anos - 120 dias. Para solicitar a Assistência Funeral e/ou Assistência Alimentação, ligue: 0800 770 8916.				

BENEFICIÁRIOS		
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL - PREENCHER O NOME COMPLETO	% PARTICIPAÇÃO	PARENTESCO

DADOS DE COBRANÇA				
PERIODICIDADE DE PAGAMENTO	FORMA DE PAGAMENTO	CUSTEIO DO SEGURO		
MENSAL	<input type="checkbox"/> DESCONTO EM FOLHA <input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA CORRENTE	<input type="checkbox"/> CONTRIBUTÁRIO	<input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUTÁRIO	<input type="checkbox"/> PARCIALMENTE CONTRIBUTÁRIO (%) SEG.

DADOS BANCÁRIOS, AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE			
BANCO	AGENCIA	CONTA CORRENTE	CPF DO TITULAR DA CONTA CORRENTE

AUTORIZO expressamente a SABEMI a comandar os descontos dos prêmios do seguro, conforme opção assinalada acima. **AUTORIZO** meu órgão pagador a acatá-los, respeitando os termos da presente contratação. **AUTORIZO** também o Banco acima a acatar os comandos dos descontos dos prêmios, integral e/ou parcial, comprometendo-me a manter saldo suficiente. Em caso de inexistência de saldo na conta corrente indicada na presente **AUTORIZO** a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem, a comandar os descontos em qualquer outra conta bancária vinculada ao meu CPF/MF, neste ou em outros Bancos, que pela presente ficam desde já autorizados a acatar. No caso de impossibilidade de cobrança pela opção escolhida, **AUTORIZO** a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem a comandar os descontos por qualquer outra modalidade de cobrança.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAUDE/ATIVIDADE E DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

DECLARO sob as penas da lei que me encontro em plenas condições de saúde e em atividade de trabalho e que não tenho nenhuma deficiência em órgãos dos sentidos (visão e/ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos, nem moléstia que me obrigue a consultar médicos ou a fazer exames periodicamente, ou a usar habitualmente medicamento ou substância medicamentosa. **DECLARO ainda que não sou TRIPULANTE PROFISSIONAL OU AMADOR DE QUALQUER TIPO DE AERONAVE, que não exerço QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL A BORDO e que não participo de COMPETIÇÕES NÁUTICAS, AUTOMOBILÍSTICAS, MOTOCICLÍSTICAS, PRÁTICA DE PARAQUEDISMO, VOO LIVRE OU OUTROS ESPORTES RADICAIS. DECLARO**, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas e que estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se eu tiver omitido circunstâncias que possam influenciar na aceitação da presente proposta ou no valor do prêmio perderei o direito ao valor da cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos. **DECLARO**, por fim, que não desempenho ou desempenhei nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos e funções públicas relevantes e que não possuo vínculo de parentesco ou relacionamento próximo com pessoas que desempenham ou desempenharam nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos empregos ou funções públicas relevantes.

Havendo algo em contrário, favor complementar sua declaração no espaço abaixo.

AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO E DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

I - A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. II - O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. III - O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. IV - As Condições Gerais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br de acordo com o número de processo 001-02162/94. Pelo presente **AUTORIZO** a inclusão do meu nome na apólice de Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo contratado pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento ou na alteração de cláusulas das condições gerais e especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante, que para tal fim fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não conferem ao Estipulante o direito de cancelar o seguro aqui proposto no decorrer de sua vigência enquanto o pagamento do prêmio estiver sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos. Estou ciente de que para solicitar o cancelamento deste seguro devo fazer a solicitação mediante carta, com a minha assinatura devidamente reconhecida em cartório por autenticidade e encaminhá-la à SABEMI, no endereço constante no preâmbulo da presente. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias a contar da recepção da proposta para a análise do risco, ficando convencionado que o início da vigência da cobertura se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao pagamento do primeiro prêmio ou, no caso de desconto em folha, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês de competência do contracheque do Segurado em que ocorrer o desconto do primeiro prêmio de Seguro. A ausência de pagamento do prêmio do seguro na data de seu vencimento implicará na suspensão automática das garantias contratadas. Caso o valor do prêmio mensal efetivamente pago, seja inferior ao contratado e/ou atualizado, o valor da garantia será ajustado proporcionalmente. Estou ciente de que a atualização monetária dos prêmios e dos capitais segurados será anual, no mesmo mês, dos anos seguintes, àquele convencionado como sendo o mês de início de vigência do seguro, através do IGPM/FGV ou, em substituição, pelo IPCA/IBGE. **DECLARO** que li todo o conteúdo deste contrato e que **ACEITO** as cláusulas estabelecidas e que recebi uma via impressa.

X

Local e Data

Assinatura

DADOS DO PARTICIPANTE				
NOME DO PARTICIPANTE			MATRÍCULA	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL		NACIONALIDADE
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR		DATA DE EXPEDIÇÃO
OCUPAÇÃO / CARGO	SALÁRIO	DATA DE ADMISSÃO		INÍCIO DO PAGAMENTO
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
BAIRRO*		CIDADE*		CEP* UF
ENDEREÇO COMERCIAL				
BAIRRO*		CIDADE*		CEP* UF
TELEFONE RESIDENCIAL ()		TELEFONE COMERCIAL ()		CELULAR ()
E-MAIL			COMO DESEJA RECEBER AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEGURO? <input type="checkbox"/> IMPRESSO <input type="checkbox"/> E-MAIL	
DATA DE INSCRIÇÃO	CÓDIGO REPRESENTANTE		CÓDIGO AGENCIADOR	CÓDIGO
CONTRIBUIÇÃO/COBERTURA				
PROCESSO SUSEP	TIPO DE COBERTURA	VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	VALOR DA COBERTURA	CARÊNCIA
	PECÚLIO POR MORTE	R\$	R\$	ATÉ 12 MESES: 40% - DE 13 ATÉ 24 MESES: 70% A PARTIR DE 25 MESES: 100%
BENEFICIÁRIOS				
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE - PREENCHER O NOME COMPLETO			% PARTICIPAÇÃO	PARENTESCO
DADOS BANCÁRIOS, AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE				
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE		CPF DO TITULAR DA CONTA CORRENTE
AUTORIZO expressamente a SABEMI Previdência a comandar os descontos da parcela do plano de Pecúlio por Morte em minha folha de pagamento e AUTORIZO meu órgão pagador a acatá-las, respeitando os termos da presente contratação. AUTORIZO também o Banco acima a acatar os comandos dos descontos das parcelas do plano, integral e/ou parcial, que por qualquer motivo não puderem ser debitadas em minha folha de pagamento, comprometendo-me a manter saldo suficiente. Em caso de inexistência de saldo na conta corrente indicada na presente AUTORIZO a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem, a comandar os descontos em qualquer outra conta bancária vinculada ao meu CPF/MF, neste ou em outros Bancos, que pela presente ficam desde já autorizados a acatar. No caso de impossibilidade de cobrança pela opção escolhida, AUTORIZO a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem a comandar os descontos por qualquer outra modalidade de cobrança.				
DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE/ATIVIDADE E DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA				
DECLARO sob as penas da lei que me encontro em plenas condições de saúde e em atividade de trabalho e que não tenho nenhuma deficiência em órgãos dos sentidos (visão e/ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos, nem moléstia que me obrigue a consultar médicos ou a fazer exames periodicamente, ou a usar habitualmente medicamento ou substância medicamentosa. DECLARO ainda que não tive e não tenho 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. DECLARO, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas e que estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se eu tiver omitido circunstâncias que possam influenciar na aceitação da presente proposta ou na taxa de contribuição perderei o direito ao valor do benefício, além de ficar obrigado ao pagamento da contribuição vencida. DECLARO , por fim, que não desempenho ou desempenhei nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos e funções públicas relevantes e que não possui vínculo de parentesco ou relacionamento próximo com pessoas que desempenham ou desempenharam nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos empregos ou funções públicas relevantes.				
Havendo algo em contrário, favor complementar sua declaração no espaço abaixo.				
TERMO DE ADESÃO CONTRATUAL				
Tenho conhecimento de que o início de vigência deste plano de Pecúlio por Morte ocorrerá a partir da data de aceitação da Proposta de Inscrição pela SABEMI e vigorará até o último dia do mês de competência do contracheque em que for feita a primeira tentativa de averbação da contribuição do plano. A partir desta data, desde que confirmado o desconto da contribuição no contracheque do participante, o período de vigência será do primeiro ao último dia do mês imediatamente subsequente ao de competência do referido contracheque. A ausência de pagamento da contribuição implicará na suspensão automática da cobertura contratada. Caso o valor de contribuição mensal efetivamente pago, seja inferior ao contratado e/ou atualizado, o valor da cobertura será ajustado proporcionalmente. No mês de aniversário da inscrição no plano, o valor da contribuição e o benefício serão atualizados monetariamente através do IGPM/FGV. No momento da atualização monetária, o valor das contribuições será reajustado em função da idade atingida pelo participante. Firmo a presente responsabilizando-me pela fidelidade das informações prestadas sobre minha pessoa e sobre a pessoa de meus beneficiários indicados, tendo prévio e expresso conhecimento dos termos e disposições do regulamento vigente, podendo a qualquer tempo alterar os beneficiários indicados e a forma de recebimento das informações do plano. Pela presente AUTORIZO a inclusão do meu nome no plano de Pecúlio por Morte e concordo que as declarações que prestei integrem o contrato de Pecúlio por Morte celebrado com a SABEMI Previdência, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional. Estou ciente de que para solicitar o cancelamento deste plano devo fazer a solicitação mediante carta, com minha assinatura devidamente reconhecida em cartório por autenticidade e encaminhá-la à SABEMI Previdência, no endereço constante no preâmbulo do presente. O Regulamento deste plano protocolizado pela Entidade junto à SUSEP poderá ser consultado no endereço eletrônico www.susep.gov.br de acordo com o número de Processo SUSEP. DECLARO que li todo o conteúdo deste contrato e que ACEITO as cláusulas estabelecidas e que recebi uma via impressa.				

X

Local e Data

Assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO E PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

INFORMAÇÕES DO SEGURADO/PARCIPANTE

NOME				DATA DE NASCIMENTO			
/ /				/ /			
ENDEREÇO RESIDENCIAL OU PARA CORRESPONDÊNCIA						CEP	
/ / /						/ / /	
CIDADE	ESTADO	ÓRGÃO	CIDADE				
/ / /	/	/	/ / /				
LOTAÇÃO	FUNÇÃO / CARGO		MATRÍCULA ÓRGÃO	Nº CONTRATO			
/ / /	/ / /		/ / /	/ / /			
VALOR EMPRÉSTIMO	Nº P	VALOR PRESTAÇÃO	VALOR TOTAL	1º DESCONTO	ÚLTIMO DESC.	FINANC.	VALOR OUTROS
/ / /	/	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

AUTORIZAÇÃO PARAREIMPLANTAÇÃO

Em havendo desaverbação das parcelas contratadas, AUTORIZO a reaverbação dos valores correspondentes, integral ou parcial, conforme permitir a margem consignável disponível na folha de pagamento de meus vencimentos, pelo prazo necessário à integral quitação do contrato de empréstimo firmado.

VALOR(ES) REAVERBADO(S)	PRAZO(S)	DATA
/ / /	/ / /	/ / /

SOLICITAÇÃO DE AVERBAÇÃO

O abaixo assinado, requer que Vs. Sa. se digne a determinar que seja averbada na folha de seus vencimentos a presente consignação, a favor da Sabemi, pelo prazo mensal aqui estipulado, referente a empréstimo que contraiu e que declara haver recebido o valor integralmente. Esclarece, outrossim, que a presente consignação só poderá ser cancelada mediante quitação na forma estabelecida, ou por solicitação da Sabemi. Em caso de falecimento, o Órgão deverá comunicar imediatamente a Sabemi.

BANCO AUTORIZADO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

NOME DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE
/ / / / /	/ / /	/ / / / /

DADOS DO DÉBITO

VALOR R\$	NÚMERO DE PRESTAÇÕES	NÚMERO CONTRATO
/ / /	/ / /	/ / /

Pelo presente instrumento, firmado em caráter irrevogável e irretroatável, AUTORIZO o Banco acima a debitar em minha conta corrente as quantias especificadas (e suas variações conforme contrato) em favor da SABEMI ou de empresa de cobrança a sua ordem, integral e/ou parcial, comprometendo-me a manter saldo suficiente para os débitos até integral quitação, no(s) termo(s) do(s) contrato(s) firmado(s). Em caso de inexistência de saldo na conta corrente ora indicada AUTORIZO a SABEMI, por si ou por empresa de cobrança a sua ordem, a comandar os descontos em outras contas bancárias vinculadas ao meu CPF, neste ou em outros Bancos, que pela presente ficam autorizados a acatar.

X

LOCAL E DATA

ASSINATURA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Autorizo a SABEMI a pagar diretamente ao(s) meu(s) credor(es) abaixo indicado(s), do valor líquido da Assistência Financeira que me está sendo concedida, a importância de R\$ _____ (_____), para quitar o saldo total do débito existente em meu nome, conforme abaixo descrito.

CREDOR	VALOR
	R\$
	Saldo Total: R\$

X

LOCAL E DATA

ASSINATURA

