

**DADOS DO SEGURADO**

Segurado:

CPF:	Data de Nascimento:	Estado Civil:	Sexo: M[ <input type="checkbox"/> ] F[ <input type="checkbox"/> ]
------	---------------------	---------------	---

Endereço:

Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):	E-mail:	

**BENEFICIÁRIO EM CASO DE MORTE**

**1º Beneficiário**

**Contrato nº**

Facta Financeira S.A. Crédito, Financiamento e Investimento - CNPJ 15.581.638/0001-30

nº contrato de empréstimo

**DADOS DO SEGURO**

Garantia do Seguro	Capital Segurado	Prazo em meses	Prêmio Único com IOF	IOF	Prêmio Líquido de IOF
Morte (Prestamista)					

**DADOS DE COBRANÇA DO PRÊMIO**

Periodicidade	Data de Vencimento	Forma de Pagamento
Pagamento Único	____/____/____	Cédula de Crédito Bancário nº 99999999

**DADOS DA VIGÊNCIA DO SEGURO**

**Início:** às 24 horas do dia do pagamento do prêmio único, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e **Término:** às 24 horas do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES (fornecidas no momento da contratação)**

Estou ciente que as Condições Gerais do Produto, Especiais de cada Cobertura estão disponíveis na íntegra no site da Facta Seguradora S/A, para serem impressas e/ou consultadas a qualquer momento.

Autorizo a Facta Seguradora S/A, a realizar a cobrança do prêmio do plano contratado através da forma de cobrança por mim escolhida.

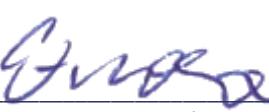
Também autorizo a Facta Seguradora S/A, compartilhar meus dados pessoais com seus fornecedores e parceiros, envolvidos na prestação dos serviços de cobrança, relacionados com o plano contratado, bem como, a utilizar meu endereço, e-mail e telefone, para me enviar de informações, sempre que for necessário.

**Declaração se analfabeto ou impedido de assinar:** Declaro que ouvi atentamente a leitura deste Bilhete, na presença das testemunhas abaixo, tendo compreendido seu conteúdo e estando ciente das condições e obrigações que assumi nesta operação. O a rogo do Segurado assina rogado:

Local e data:	Documento assinado digitalmente	Polegar direito do Segurado
Data e hora da assinatura:		

**A SEGURADORA REPRESENTADA POR SEUS PROCURADORES, ASSINA ESTE BILHETE DE SEGURO**

Local e data:

  
\_\_\_\_\_  
Everton Rosa – Diretor

Facta Seguradora S/A

Intermediário	Nome	CPF / CNPJ	Código SUSEP	Telefone - SAC	Rem %
Corretor	Facta Corretora de Seguros LTDA	17.286.500/0001-34	202037518		0,01
Representante	nome	CNPJ	não há	0800	com

**CANais DE ATENDIMENTO**

**SAC: 0800-942-0462 ou 51-3191-7318** (segunda à sexta-feira das 10h às 16h) **Ouvicoria: 0800-300-6666** (segunda à sexta-feira das 10h às 16h)

## DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao credor do segurado em caso de ocorrência de evento coberto pela cobertura contratada, equivalente ao saldo da dívida correspondente ao valor presente das parcelas vincendas do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, observado o limite do Capital Segurado e respeitadas as Condições Contratuais.
2. **VIGÊNCIA: O período de vigência do seguro será igual ao prazo do contrato do empréstimo.**
3. **CAPITAL SEGURADO: O capital segurado está na modalidade “vinculado”, pois o capital segurado será durante toda vigência, necessariamente, igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.**
4. **ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: A periodicidade utilizada para o recálculo do valor do Capital Segurado será mensal, refletindo a amortização e/ou reajuste ocorrido no contrato de empréstimo no decorrer do mês anterior.**
5. Somente poderão contratar as coberturas oferecidas nos bilhetes deste plano de microseguro as pessoas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos.
6. **CARÊNCIA: Não há carência para este Plano de microseguro, exceto a carência legal prevista para o caso de suicídio.**
7. **FRANQUIA: Não há franquia para este Plano de microseguro.**
8. **RISCOS EXCLUÍDOS** - Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de: a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal de qualquer deles; b) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura; c) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente; d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e) danos e perdas causados por atos terroristas; f) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha; revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.
9. **DOCUMENTAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO** – O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à Seguradora ou seu representante. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora em vias originais ou cópias autenticadas:  
a) Cobertura Prestamista - Morte: Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor; Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da dívida ou do compromisso na data do sinistro; Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado; Certidão de Óbito do Segurado; Boletim de Ocorrência Policial, se houver; Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; Documento de identificação do(s) beneficiário(s).
10. 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.
11. 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.
12. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados É a Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. O registro do plano deste seguro na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação e sua comercialização. No portal da SUSEP podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) plano(s) de seguro do bilhete contratado através do link <http://www.susep.gov.br/menu/servicos-ao-cidadao/sistema-de-consulta-publica-de-produtos>. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), sendo o atendimento ao público da SUSEP pelo **0800-021-8484** (dias úteis, das 9:30 às 17:00).
13. O segurado poderá utilizar a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados, através do link <http://www.consumidor.gov.br>