



Certificado de Autorização publicado no Diário Oficial da União em 23/06/94, nº 118.

SEGURO PESSOA-CHAVE

À

Volvo Administradora de Consórcio Ltda.

Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, 2.600 - CIC - Curitiba - PR

Pela presente, autorizo V.Sas. a contratarem em meu nome o Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivos, descrito abaixo.

O início da cobertura deste Seguro se dará a partir do dia seguinte à Assembleia do Grupo do Consórcio ao qual me inscrevi para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente e Total por Acidente, e de 90 dias após a Assembleia para a cobertura de Incapacidade Total ou Temporária por Acidente ou por Doença, desde que pago o prêmio de seguro correspondente.

Outrossim, determino que, ocorrendo a minha falta ou em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente, a indenização deverá ser paga à Volvo Administradora de Consórcio Ltda., que reterá o valor para quitação das parcelas, vencidas e vincendas, da cota de Consórcio abaixo identificada.

Declaração de Saúde

a) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso de resposta negativa, explicar o motivo.

b) Sofreu hoje, ou sofreu nos últimos três anos, de doença que o obrigou a tratamento médico, intervenção cirúrgica, hospitalização ou afastamento de suas atividades profissionais?

c) Sofre hoje ou já sofreu de doenças nervosas ou cardíacas? Em caso de resposta afirmativa, especificar.

d) É portador de alguma deficiência em órgãos, membros ou sentidos? Em caso de resposta afirmativa, especificar.

e) Pratica algum esporte de alto risco (paraquedismo, voo livre, automobilismo, etc.) ou exerce atividades a bordo de aeronaves de quaisquer características? Especifique.

Declaro que todas as respostas acima são a expressão da verdade e que nada omiti quanto ao que me foi questionado. Estou ciente de que as declarações prestadas serão parte integrante do meu contrato de seguro a ser firmado com a seguradora designada pela Volvo Administradora de Consórcio Ltda. (Estipulante) e autorizo esta empresa a utilizá-las em qualquer época, na defesa de seus direitos, sem que tal utilização implique quebra de sigilo profissional.

www.consorciovolvo.com.br





Estou ciente, ainda, de que as declarações falsas ou incompletas, ou omissão de quaisquer circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio implicará na nulidade do seguro, com perda do direito ao valor do seguro e pagamento do prêmio vencido, nos termos do **Artigo 766 do Código Civil Brasileiro**.

Local e data

_____ de _____ de _____ _____ Assinatura
--

Quando o seguro for para consorciado Pessoa Jurídica, o sócio representante da empresa estará ciente de que todos os sócios serão elegíveis ao seguro, caso estejam em conformidade com a aceitação da apólice e que não haja nenhuma pré existência dos sócios nos últimos 3 (três) anos. Tal informação relevante à aceitação do seguro será de responsabilidade do sócio representante.

Cliente

Pessoa Física - Titular: _____			
Pessoa Jurídica			
Sócio1: _____	% Part. _____	CPF: _____	Data Nasc: _____
Sócio2: _____	% Part. _____	CPF: _____	Data Nasc: _____
Sócio3: _____	% Part. _____	CPF: _____	Data Nasc: _____

Idade máxima para adesão: 65 anos **Grupo/Cota:** _____ **Vendedor:** _____
CPF: _____

Coberturas

- a) Morte por Qualquer Causa: quitação do saldo devedor.
- b) Invalidez Permanente e Total por Acidente: quitação do saldo devedor.
- c) Incapacidade Total Temporária por Acidente ou Doença: quitação de até 2 parcelas do Consórcio (por evento ocorrido), caso o consorciado fique afastado de sua atividade de trabalho, por motivo de doença ou acidente coberto pela apólice. A duração do afastamento deverá ser de no mínimo 16 dias, para que seja quitada uma parcela, e de no mínimo 31 dias, para que sejam quitadas duas parcelas.

Limites de Indenização

- Para as coberturas mencionadas nas letras **a** e **b** acima o limite de indenização será de R\$ 1.500.000,00 (Hum milhão e quinhentos mil reais) para a soma do saldo devedor das cotas de um consorciado que estejam efetivamente cobertas pelo seguro, caso tenha adquirido mais de uma cota.
- Para a cobertura constante da letra **c** acima o limite de indenização corresponde a 2 (duas) parcelas apenas independentemente da quantidade de cotas de consórcio adquiridas pelo Consorciado.
- Para consorciado pessoa física será quitado todo o saldo ou parcela(s) até o limite de indenização acima mencionado.
- Para consorciado pessoa jurídica a quitação será proporcional à participação societária de cada segurado sempre considerando o limite de indenização acima mencionado, sendo que qualquer alteração na participação societária após a contratação do seguro não implicará em aumento deste limite.

As coberturas acima descritas na Apólice de Seguro emitida pela **CHUBB DO BRASIL CIA DE SEGUROS - CNPJ 03.502.099/0001-18**, com as Condições Gerais aprovadas pelo **Processo Susep Nr. 15414.005368/2006-73**, se encontram em poder da Volvo Administradora de Consórcio Ltda. disponíveis na internet no endereço **www.consorciovolvo.com.br**, na página da **Volvo Financial Services**, podendo ser consultadas a qualquer tempo.

www.consorciovolvo.com.br