

Agente Financeiro: Caixa Econômica Federal					
Dados do Corretor					
Razão Social: American Life Companhia de Seguros S/A					
CNPJ: 67.865.360/0001-27			CIRCULAR SUSEP Nº 251, de 15 de abril de 2004		
Dados do Cliente					
Nome Completo do Aluno			CPF:		Data de Nascimento / /
Instituição de Ensino:					
Endereço:					
Cidade		Bairro		UF	CEP
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular	E-mail	
Curso:					
Taxa Mensal do Seguro					
<input type="checkbox"/> Curso Medicina – R\$ 12,70 <input type="checkbox"/> Demais Cursos – R\$ 4,40					
<p>A American Life Companhia de Seguros S/A. poderá solicitar informações complementares para análise do seguro. Autorizo minha inclusão no Seguro de Vida em Grupo - Prestamista, conforme Condições Gerais e Especiais em poder do Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alterações de todas as cláusulas contratuais deste seguro, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao Contrato de Seguro serem encaminhadas 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 dão o direito de cancelar o seguro aqui proposto sem o meu consentimento expresso, enquanto o pagamento do prêmio ocorrer integralmente sob minha responsabilidade.</p> <p>Declaro, para os devidos fins e efeitos, ter prestado informações completas e verídicas, estar ciente que, de acordo com o Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta ou do Prêmio, perderei o direito ao valor do seguro e pagarei o prêmio vencido.</p> <p>A American Life Seguros S/A disporá de 15 (quinze) dias, para analisar esta Proposta de Adesão, contado de seu protocolo em qualquer de suas filiais. A inexistência de manifestação expressa pela American Life Seguros S/A dentro deste prazo, implicará na aceitação automática da Proposta de Adesão. Em caso de recusa, o prêmio pago será devolvido, monetariamente atualizado. Este seguro é por prazo determinado, tendo a American Life Seguros S/A a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.</p> <p>O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.</p> <p>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.</p> <p>As condições contratuais deste produto protocolizadas pela American Life Seguros S/A junto a Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.</p> <p>As condições gerais do seguro estão disponíveis no site https://www.alseg.com.br/</p> <p>O Participante e Segurado estão cientes, que o seguro prestamista quita o saldo devedor do seu Financiamento Estudantil, o FIES, caso uma fatalidade aconteça com o titular do seguro, como: morte (por causas naturais ou acidentais), invalidez permanente (total) por acidente e invalidez funcional permanente (total) por doença.</p> <p>Telefone do SAC: 0800 755 5985 / Atendimento Prestamista FIES: (11) 3017 0022 Para pessoas com necessidades especiais audição e fala: 800 770 9797</p> <p>Para dúvidas encaminhar um e-mail para atendimento@alseg.com.br.</p> <p>Esta proposta apenas terá validade se confirmada a contratação do financiamento junto ao Agente Financeiro.</p> <p>DECLARO SER ALUNO REGULARMENTE MATRICULADO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR, E PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, TER PRESTADO INFORMAÇÕES COMPLETAS E VERÍDICAS, ESTAR CIENTE QUE, DE ACORDO COM O CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO, SE TIVER OMITIDO CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DESTA PROPOSTA OU DO PRÊMIO, PERDEREI O DIREITO AO VALOR DO SEGURO E PAGAREI O PRÊMIO VENCIDO.</p>					
Local: _____		Data: ____/____/____		Assinatura: _____	