

**VOCÊ É O "SEGURADO" NESTE CERTIFICADO DE SEGURO. AQUI ESTÃO OS SEUS DADOS PESSOAIS:**

Nome	ROBERTO PEREIRA DA SILVA	CPF	436.920.951-04
Data de Nascimento	17/05/1967	Nacionalidade	
Endereço	R VILSO GABIATTI 935, JARDIM RASSEM	CEP	79813-030
		Cidade	DOURADOS
		UF	MS

**CONFIRA OS DADOS DO SEU SEGURO:**

Nº da Proposta	00001204000023753901	Nº do Certificado	1526734547	Data de Emissão	28/07/2019
Prêmio Único Total	R\$ 979,00	IOF	R\$ 3,71	Vigência do Seguro	de: 29/07/2019 até: 29/07/2021

**OBJETIVO DO SEGURO: PARA QUE SERVE O SEGURO QUE VOCÊ CONTRATOU?**

Este seguro tem como objetivo garantir o pagamento de um valor ao beneficiário, relacionado à dívida contraída por você, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados abaixo e desde que o evento não se enquadre como "risco excluído" nas Condições Gerais.

**VEJA O SEU SEGURO EM DETALHES, PROTEÇÃO POR PROTEÇÃO:**

Coberturas: confira os eventos previstos pelo seu seguro	Elegibilidade: veja as proteções previstas de acordo com seu tipo de trabalho	Prêmio: o valor que você pagou por cada proteção	Carência: dias, a partir do início da vigência, em que você não estará coberto	Franquia: dias, a partir do evento, em que você ainda é responsável pela dívida	Capital Segurado: O que você tem direito, por proteção, caso você precise do seguro
Morte	Todos os tipos	R\$ 517,92	Não há	Não há	Pagamento do saldo devedor na data do evento, sem considerar parcelas em atraso e encargos, no limite de R\$ 25.000,00, pagos à vista.
Invalidez Permanente Total por Acidente		R\$ 12,66	Não há	Não há	
Desemprego Involuntário (1)	(1) Profissionais com vínculo empregatício mínimo de 12 meses ininterruptos em regime CLT (para um mesmo empregador).	R\$ 403,58	31 dias	(1) 31 dias	Pagamento de até 3 parcelas, sem considerar parcelas em atraso e encargos, no limite de R\$ 1.000,00, por parcela.
Incapacidade Física Total Temporária (2)	(2) Profissionais liberais/autônomos regulamentados e comprovados.			(2) 15 dias	

**COMO VOCÊ PAGA PELO SEU SEGURO?**

A forma de pagamento poderá ser única ou mensal, conforme escolha do segurado, e de acordo com uma das opções oferecidas no momento da contratação.

**QUEM RECEBERÁ A INDENIZAÇÃO DO SEGURO, CASO SEJA PRECISO UTILIZÁ-LO?**

O beneficiário será sempre o estipulante de seguro, que receberá o valor para efetuar o ajuste do compromisso financeiro assumido.

**O QUE FAZER QUANDO PRECISAR DO SEGURO?**

Em caso de sinistro, o Segurado ou seu representante legal deverá comunicar a ocorrência do sinistro à Seguradora, através do site [www.acioneseuseguro.com.br](http://www.acioneseuseguro.com.br) ou encaminhar por meio da Caixa Postal nº 11261-5 CEP: 05422-970 - São Paulo/SP, os documentos relacionados nas Condições Gerais, disponíveis através do site [condicoesgerais.bnpparibascardif.com.br/pf](http://condicoesgerais.bnpparibascardif.com.br/pf).

**CONHEÇA NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. ESTAMOS DISPONÍVEIS TODOS OS DIAS, 24H.**

Sinistros - Para acionar o seu seguro caso precise:	3003 4244 Capitais e Regiões Metropolitanas ou 0800 200 0944 Demais Localidades	SAC - Informações do Seguro, Cancelamento e Reclamações:	0800 545 5440	Deficiente Auditivo:	0800 725 0645
---	---	--	---------------	----------------------	---------------