

## PROPOSTA DE ADESÃO

TIPO

Adesão  Substituição

IDENTIFICAÇÃO DO GRUPO / BEM				
Grupo	Cota	Prazo em meses	Bem de Referência	Valor em R\$
DADOS DO PROPONENTE				
Nome do Proponente			CPF N°	
Carteira de Identidade n°	Órgão Exp.	Estado Civil	Profissão	Data de Nascimento
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	N° Dependentes	Nacionalidade	Naturalidade	
Nome do Cônjuge				
CPF do Cônjuge N°		Data de Nascimento do Cônjuge		Carteira de Identidade do Cônjuge N°
Endereço Residencial			Bairro	UF
Cidade	CEP	Telefones ( )	Celular ( )	
E-mail		FAX	Enviar correspondência para: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Comercial	
FONTE DE RENDA				
Empresa onde trabalha				
Data Admissão	Cargo/Função	Tempo de Serviço	Remuneração R\$	
Endereço Comercial			Bairro	UF
Cidade	CEP	Telefones ( )	( )	
Empresa onde o Cônjuge Trabalha		Cargo do Cônjuge	Renda do Cônjuge R\$	
Outras Fontes			Renda R\$	
REFERÊNCIAS BANCÁRIAS / PESSOAIS				
Banco	Agência	Conta Corrente	Telefone ( )	
Caderneta de Poupança POUPEX		Agência	Conta Corrente	
Nome			Telefone ( )	
FORMA DE PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES				
<input type="checkbox"/> Débito em Conta de Poupança/POUPEX	Agência N°	Conta POUPEX N°	Taxa de Adesão <input type="checkbox"/> À vista <input type="checkbox"/> Parcelado <input type="checkbox"/> vezes	
<input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente do Banco do Brasil	Agência N°	Conta Bancária N°		
<input type="checkbox"/> Boletão				

## PROPOSTA DE ADESÃO

Por meio da presente PROPOSTA DE ADESÃO, manifesto minha intenção de participar do grupo de consórcio indicado, ao tempo que declaro:

- Ter conhecimento das cláusulas e condições do CONTRATO DE ADESÃO, que se encontra registrado no Cartório Marcelo Ribas - Brasília-DF, que foram estipuladas seguindo as normas que regem o funcionamento do consórcio, editadas e fiscalizadas pelo Banco Central do Brasil.
- Ter conhecimento de que os consorciados contarão com a cobertura do Seguro de Vida, destinado à cobertura no caso de morte ou invalidez permanente total por acidente, observadas as condições estipuladas na Apólice, a qual está à disposição dos consorciados.
- Para fins do Seguro de Vida que:
  - (\_\_\_) não tenho doença contraída anteriormente a esta data.
  - (\_\_\_) tenho a(s) doença(s) \_\_\_\_\_  
contraída(s) anteriormente a esta data.
- **Estar ciente de que:**
  - Aprovada a PROPOSTA DE ADESÃO, pela ADMINISTRADORA, estará formalizada minha adesão ao grupo, passando a vigorar as cláusulas e condições do Contrato de Participação em Grupo de Consórcio, por Adesão.
  - O Contrato de Participação em Grupo de Consórcio, por Adesão, não será encaminhado pela administradora, mas estará à minha disposição, para impressão, se for o caso, nos seus escritórios e na sua página sito [www.fhe.org.br](http://www.fhe.org.br).
  - O grupo contará, também, além da garantia definida no contrato de adesão, com a garantia do Seguro de Quebra de Garantia destinado à cobertura das prestações no caso de atraso nos pagamentos, pelos consorciados contemplados.
  - Os eventos relacionados a acidentes ocorridos ou doenças contraídas anteriormente a data desta proposta não estarão cobertos pelo seguro de vida, acima referido.
  - A carta de crédito será colocada à minha disposição, desde que tenha condição econômica financeira compatível com a prestação mensal, e desde que não tenha nenhuma restrição cadastral por ocasião da minha contemplação.
  - Por ocasião da aquisição do bem, o valor de sua avaliação deverá ser obrigatoriamente, igual ou superior ao valor do bem a ser adquirido ou do saldo devedor junto ao grupo, sendo considerado o menor dos dois.
  - Devo manter atualizados os meus dados cadastrais, junto a ADMINISTRADORA, em especial o endereço, número de telefone e dados relativos a conta de poupança POUPEX.
- (\_\_\_) Autorizo a ADMINISTRADORA a realizar na minha conta de poupança POUPEX, indicada nesta PROPOSTA, qualquer crédito, a meu favor, durante todo o prazo de duração do grupo.
- Declaro, ainda, serem verdadeiras todas as informações por mim prestadas.

Local e Data \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Escritório Regional / Posto de Atendimento \_\_\_\_\_

Vendedor da Cota \_\_\_\_\_

## PROPOSTA DE ADESÃO