

FORMULÁRIO CLIENTE HABITAÇÃO

DÉBITO EM CONTA DAS PRESTAÇÕES HABITACIONAIS

- Autorizo o débito do valor da prestação habitacional no valor total ou parcial na conta corrente indicada, podendo ser utilizado o limite de crédito em conta/cheque especial, evitando atrasos nos pagamentos.
- O encerramento da conta sem a correspondente indicação de outra conta que a substitua equivale ao cancelamento da autorização concedida.
- Autorizo o cancelamento do débito do valor da prestação habitacional.

Estou ciente que não receberei o Boleto Bancário de Cobrança impresso e que posso optar por recebê-lo via WhatsApp. O não recebimento do boleto não isenta o devedor da responsabilidade sobre o pagamento das parcelas. O boleto pode ser obtido pelos seguintes canais:

- *App Habitação CAIXA; *Internet Banking CAIXA; * Site da CAIXA, no endereço <https://habitacaodigital.caixa.gov.br/aceso-cliente>;
- *Telesserviços: 4004 0104 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 104 0104 (demais localidades).

TARIFA DE AVALIAÇÃO DE BENS RECEBIDOS EM GARANTIA

- Autorizo o débito do valor total da tarifa de avaliação de bens recebidos em garantia na conta corrente indicada para o débito das prestações, podendo ser utilizado o limite de cheque especial, evitando atraso no pagamento.

*Estou ciente de que o valor pago correspondente à tarifa não será devolvido caso eu manifeste desistência da operação.

*Os valores das tarifas podem ser consultados na Tabela de Tarifas: <http://www.caixa.gov.br/>.

DECLARAÇÕES

O(s) proponente(s) ao financiamento autoriza(m) a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL:

Nos termos das Resoluções CMN nº 3.920/10 e nº 5.037/22; e respeitadas as demais disposições legais em vigor:

- a consultar as informações consolidadas a respeito das operações de crédito e câmbio constantes em meu nome no Sistema de Informações de Créditos - SCR, administrado pelo Banco Central do Brasil, ou dos sistemas que venham a complementá-lo ou a substituí-lo;
- a fornecer informações sobre as operações de crédito e câmbio por mim realizadas com a CAIXA, no sentido de compor o cadastro do SCR;
- a consulta e o arquivamento dos meus dados cadastrais e de idoneidade, nos serviços de proteção ao crédito com as quais a CAIXA mantém convênio firmado e que deles poderá se utilizar.

O(s) proponente(s) ao financiamento declara(m) estar(em) ciente(s):

- o SCR é um cadastro que visa prover o Banco Central do Brasil de informações, para fins de monitoramento do crédito no sistema financeiro e para o exercício de suas atividades de fiscalização, e é utilizado para propiciar o intercâmbio de informações entre instituições financeiras, conforme Art. 4º da Resolução CMN nº 5.037/22, sobre o montante de responsabilidades de clientes em operações de crédito e de câmbio;
- poderei(mos) ter acesso aos dados constantes em meu nome no SCR por meio das Centrais de Atendimento ao Público do Banco Central do Brasil e/ou por meio do endereço <http://www.bcb.gov.br>;
- os pedidos de correção e/ou exclusão quanto às informações constantes do SCR deverão ser dirigidas à instituição responsável pela remessa das informações ao Banco Central do Brasil, por meio de requerimento escrito e fundamentado, ou, quando for o caso, pela respectiva decisão judicial;
- o Banco Central do Brasil é autorizado a tornar disponíveis às Instituições que podem consultar o SCR informações consolidadas sobre as minhas operações de crédito e de câmbio, respeitadas as regras estabelecidas pelo próprio BCB;
- a utilização e tratamento dos dados pessoais informados neste documento, com a finalidade de avaliação de crédito, estão assegurados pela Lei Nº 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD) e alterações que venham a ocorrer.

FORMULÁRIO CLIENTE HABITAÇÃO

PROPOSTA SEGURO HABITACIONAL

Na qualidade de DEVEDOR(ES) do contrato de financiamento, declaro (amos) que tive(mos) acesso às condições gerais e contratuais da Apólice de Seguro e sobre elas não tenho ressalvas. As Condições Gerais e demais informações podem ser consultadas nos portais: Caixa Residencial=> <https://www.caixaresidencial.com.br> ; Too Seguros=> <https://www.tooseguros.com.br/> ; Tokio Marine=> <https://www.tokiomarine.com.br/> .

Declaro(amos) estar(mos) cliente(s) de que:

- 1) A cobertura do seguro se inicia na data de assinatura do contrato e que a Seguradora terá o prazo de 15 dias contados da data do recebimento desta Proposta de Adesão para emitir o aceite.
- 2) O valor do prêmio de seguro para cobertura de MIP (Morte e Invalidez Permanente) será determinado com base na faixa etária dos DEVEDORES e proporcional à composição de renda estabelecida no quadro resumo do contrato, aplicado sobre o saldo devedor apurado no dia do vencimento do encargo mensal. Para enquadramento dos DEVEDORES na respectiva faixa etária será considerada a idade em anos completos, na data de assinatura do contrato com mudanças de alíquota sempre que a idade do segurado atingir nova faixa;
- 3) O valor do prêmio de seguro para cobertura dos riscos de DFI (Danos Físicos ao Imóvel) será determinado pelo valor de avaliação mencionado no contrato e atualizado com base no coeficiente estipulado na apólice de seguro contratada, não se aplicando à modalidade Lote Urbanizado;
- 4) Na opção pela CAIXA Residencial Apólice Especial ou Apólice Especial Ampliado com Coberturas Acessórias – Danos Físicos ao Conteúdo (DFC):
 - a) o valor do prêmio do seguro para a cobertura dos riscos DFC é definido pelo coeficiente estipulado na apólice contratada e será cobrado no valor total das parcelas, da mesma forma que são cobradas as coberturas MIP e DFI.
 - b) no sinistro de natureza de conteúdo, a indenização corresponderá ao valor da importância segurada (IS) para cada cobertura, considerados os limites máximos, mínimos e percentuais da IS e da franquia detalhados na apólice contratada;
 - c) os serviços ofertados estão disponíveis para consulta no Guia de Assistências 24h no Portal do Cliente na página <https://www.caixaseguridade.com.br/>, opção “Residencial e Habitacional”, link “Área do Cliente” e aba “Condições Gerais”.

Declaro(amos) ainda (Cada participante deve preencher ao menos uma opção na tabela abaixo. Ao final do documento, a assinatura do participante deve estar na mesma posição assinalada na tabela - 1º, 2º, 3º ou 4º participante):

DECLARAÇÃO

PARTICIPANTES

	1º	2º	3º	4º
Desconheço possuir doença ou situação incapacitante que prejudique contratar o seguro MIP? (marque "X" se positivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possuo doença do Grupo A: Doenças Graves (marque "X" se possui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possuo doença do GRUPO B: Doenças Crônicas (marque "X" se possui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possuo doença do GRUPO C: Doenças Incapacitantes (marque "X" se possui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grupo A: Doenças Graves – AIDS, câncer, doenças cardíacas ou cardiovasculares, Mal de Alzheimer, Diabetes, Lúpus, Esclerose Múltipla, doença neurológica (AVC, Doença do Neurônio Motor, etc), Cirrose Hepática, Enfisema Pulmonar.

Grupo B: Doenças Crônicas - Doença Respiratória, LER, Parkinson, tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira posterior ao ingresso no serviço público, hanseníase, cardiopatia grave, paralisia irreversível.

Grupo C: Situações incapacitantes - condições permanentes que resultam na incapacidade total ou parcial para desempenhar as atividades laborais ou cotidianas.

Caso seja declarada doença pré-existente, poderá ser exigido pela Seguradora documentos adicionais.

Declaro(amos) que as informações acima prestadas são verdadeiras, podendo a Seguradora considerá-las para análise, aceitação e manutenção das coberturas. A omissão ou imprecisão de informações sobre doenças ou lesões preexistentes das quais saiba(mos) ser portador(es) no momento do preenchimento deste documento, poderá acarretar a perda do direito à indenização securitária, nos termos das Condições Gerais do Seguro e conforme legislação vigente.

LOCAL E DATA

Nº DO CONTRATO (PREENCHIMENTO PELA CAIXA)

1º PARTICIPANTE / CPF

2º PARTICIPANTE / CPF

3º PARTICIPANTE / CPF

4º PARTICIPANTE / CPF

*ASSINATURA DO PARTICIPANTE EM CADA LINHA DEVE OCORRER NA ORDEM DA TABELA