

Para uso da Seguradora

Seguro: ☒ Novo

Nº da proposta

Dados da Apólice

Nº da apólice	Estipulante	Nº do sub	NºMódulo	Início da vigência	Fim da vigência
93.707.826	FUNCESP	1			

Qualificação do proponente

Nome completo

Sexo
☐ masc. ☐ fem.

Data de nascimento

CPF

Profissão

Renda Mensal

Pessoa politicamente exposta?¹
☐ sim

Email

Endereço residencial (Av. / Rua)

Número

Complemento

Bairro

Cidade

CEP

UF

DDD

Telefone

Inclusão do cônjuge no seguro ☐ não ☐ sim (Preencher abaixo somente no caso de inclusão)

Nome do cônjuge / companheiro(a)	CPF	Data de Nascimento	Pessoa politicamente exposta? <input type="checkbox"/> sim
----------------------------------	-----	--------------------	---

1 - Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para mais esclarecimentos sobre Pessoas Politicamente Exposta consulte <https://hotsite.icatuseguros.com.br/ppel/>.

Forma de cobrança

100 % custeado pelo Segurado ²	Prêmio Total R\$
---	------------------

Ser cientificado pelo intermediário da remuneração recebida por este é um direito do cliente e um dever do intermediário.
Como Corretor nesta contratação e na forma da legislação vigente, DECLARO que dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º da referida Resolução.
2 - Autorizo o Estipulante a efetuar o desconto mensal do prêmio do seguro no meu salário/benefício, de acordo com a tabela de taxas que consta no contrato em poder do Estipulante. Na hipótese de desligamento ou afastamento da folha de pagamento, autorizo o Estipulante a emitir boleto bancário.

Capital segurado da garantia básica

R\$

Garantias	Titular %	Cônjuge %
Morte	100%	30%
Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) ³	100%	30%
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ⁴	até 100%	até 30%
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100%	30%

3 – A indenização das coberturas de Morte e Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) se acumulam.
4 – Se a invalidez permanente for parcial o valor a ser indenizado obedecerá à tabela de percentuais do item “Cobertura” das Condições Especiais de IPA, que integram as Condições Gerais.

Dados do(s) beneficiário(s)⁵ (O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.)

Nome Completo	Afinidade	Participação (%)

5 - Na ausência de designação de beneficiários, a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável.

Reenquadramento etário
Anualmente, na data de aniversário da apólice ou do certificado, os segurados que tiverem mudado de faixa etária terão seus prêmios reenquadrados conforme tabela a seguir.

Fatores de Reenquadramento																			
Até 46 anos	47 anos	48 anos	49 anos	50 anos	51 anos	52 anos	53 anos	54 anos	55 anos	56 anos	57 anos	58 anos	59 anos	60 anos	61 anos	62 anos	63 anos	64 anos	65 anos
1	1,0951	1,0889	1,0859	1,0827	1,0767	1,0732	1,0703	1,0665	1,0641	1,063	1,0607	1,0597	1,0612	1,0652	1,1227	1,0758	1,0815	1,0864	1,0913

Após 65 anos, o prêmio será reajustado em 11,5% ao ano.

Declarações do proponente

Uma vez aprovada esta proposta pela Icatu Seguros S.A., declaro estar ciente e de acordo que:

1. O início de vigência do risco individual será retroativo ao primeiro dia do mês de competência do pagamento do seguro. | 2. Caso o segurado não efetue o pagamento dos prêmios por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago, este será excluído da apólice. Se durante o período de tolerância (60 dias a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago), ocorrer um sinistro sem o respectivo pagamento do prêmio, este será descontado da indenização a ser paga ao(s) beneficiário(s). | 3. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a Seguradora não tenha mais interesse em renovar a apólice, esta comunicará sua decisão ao Estipulante, mediante aviso prévio, de no mínimo, 60(sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. | 4. Anualmente, na data de aniversário da apólice ou do certificado, o Capital Segurado e o prêmio serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice, pelo IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) divulgado pelo IBG-E (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedam o mês anterior ao aniversário. | 5. Para os fins previstos nos arts. 774 e 801 do Código Civil, e com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP nº 107/2004, concedo ao Estipulante da apólice em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas e Condições Gerais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente aquele, que, para tal fim fica investido dos poderes de representação. No entanto fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão direito a cancelar o seguro durante a vigência da apólice, nem a realizar qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução dos meus direitos, salvo se obtiver a anuência expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado. | 6. A Icatu Seguros S.A está autorizada a buscar novos subsídios para a análise e verificação das informações aqui prestadas no momento da contratação do seguro ou na ocorrência de sinistro. | 7. As informações contidas nesta proposta são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas nas informações prestadas nesta proposta ocasionarão a perda do direito ou a resolução do contrato pela Seguradora, de acordo com os termos do art. 766 do Código Civil. Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir fatos que alterem a aceitação da proposta ou o valor do prêmio, o segurado estará obrigado ao pagamento do prêmio vencido e o direito à indenização ficará prejudicado | 8.

A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco. | 9. Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Icatu Seguros poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, bem como dados referentes ao Produto contratado com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.

Declaro que tive prévio e expresso conhecimento dos termos das Condições Contratuais do plano escolhido, bem como das Condições Gerais do Seguro disponíveis para consulta no site <http://www.icatuseguros.com.br>. Declaro ainda que o produto e plano escolhido estão de acordo com meu perfil de investimento e adequados aos meus interesses, bem como o valor do prêmio é compatível com minha situação financeira. Esta Proposta de Adesão está vinculada ao contrato de seguro em poder do Estipulante.

Local e data

CPF do proponente

Assinatura do proponente e/ou responsável
em caso de proponente menor de 18 anos de idade

Declaração Pessoal de Saúde – O preenchimento deve ser realizado pelo proponente (Justifique nas linhas abaixo da tabela, quando necessário)	Sim ou Não		Justificativa
	Titular	Cônjuge*	
1 - Encontra-se com algum problema de saúde? Se sim, qual(is)?			
2 - Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças relacionadas ao estômago ou intestino, do sangue, relacionadas ao cérebro, do fígado, renais, câncer (ou algum tipo de leucemia, cisto, pólipos ou tumor maligno ou benigno), doenças infectocontagiosas ou sexualmente transmissíveis (incluindo HIV ou Hepatites) ou algum outro tipo de doença? Se sim, qual (is)?			
3 -Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia, punção ou submetido a internação hospitalar nos últimos cinco anos? Se sim, qual(is) e o motivo:			
4 - Já foi submetido(a) a tratamento de doenças pulmonares ou cardiológicas, tratamento quimioterápico, radioterápico ou diálise? Se sim, especifique qual e quando:			
5 - Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos, suas doses, frequência de uso e os motivos.			
6 - Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.			
7 - Fuma ou Fumou nos últimos três anos? Consome bebidas alcoólicas mais do que três vezes por semana? Em caso positivo informe o tipo, a quantidade e a frequência do consumo.			
8 - Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador (ex.: balonismo, vôo livre, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves de linha aéreas não comerciais? Se sim, especifique			
9 - Algum membro da família (pais ou irmãos) sofreu, sofreu ou faleceu antes dos 65 anos de idade em decorrência de: diabetes, câncer, doença do coração ou derrame?			
10 - Alguma Companhia já recusou, agravou ou cancelou algum seguro de vida ou de acidentes pessoais em seu nome? Caso positivo, informe o motivo.			

* Preencher apenas no caso de contratação da Inclusão Facultativa de Cônjuge.

Local e data

CPF do proponente

Assinatura do proponente e/ou responsável
em caso de proponente menor de 18 anos de idade

A Icatu Seguros S/A tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada abaixo pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados todos os documentos ou dados solicitados. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta por parte da Icatu Seguros S/A no prazo antes referido, a aceitação da proposta dar-se-á automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, a Icatu Seguros S/A devolverá o valor do prêmio já quitado, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a legislação vigente.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • N°s Processos SUSEP: Vida em Grupo Taxa Média: 15414.001273/2006-81 - Vida em Grupo Faixa Etária: 15414.001272/2006-36. Acidentes Pessoais Coletivo: 15414.002721/2006-63. Comercializado pela Vila Velha Corretora de Seguros, CNPJ 47.186.283/0001-71, Código SUSEP 10.0195766. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. 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.

CRC: 4002 0040 capitais e regiões metropolitanas / 0800 285 3000 demais localidades. SAC (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos por telefone). Seguros e Previdência 0800 286 0110. Ouvidoria (ao ligar tenha em mãos o número do protocolo de atendimento) 0800 286 0047, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados.