

**Seguro de Terceirização de Riscos**

PROPOSTA DE ADESÃO

**Para uso da Seguradora**Seguro:  Novo  Atualização

Nº da proposta

**Dados da Apólice**

Nº da apólice

Estipulante

Nº do sub

Nº Módulo

Início da vigência

93.743.712

FIPCCQ ENTES FEDERATIVOS

**Qualificação do proponente**

Nome completo

Sexo

Data de nascimento

Peso (Kg)

Altura (m)

 masc.  fem.

CPF

Nº e Natureza doc. Identificação<sup>1</sup>

Órgão expedidor

Data de Expedição

Profissão

Residente no Brasil?

Endereço residencial (Av. / Rua)

Número

Complemento

 sim  não

Bairro

Cidade

CEP

UF

DDD

Telefone

E-mail

Autoriza envio de e-mail?

É Pessoa politicamente exposta?<sup>2</sup> sim  não sim

Renda Mensal

Aposentado

Motivo

Causa da aposentadoria por invalidez

 sim  não tempo de serviço  idade  invalidez

1 - Se proponente estrangeiro, utilizar o passaporte como documento de identificação. | 2 - 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/ppe/>.

 **Forma de cobrança (Parcela de Risco)**

50% custeado pelo Estipulante

50% custeado pelo Segurado

Prêmio Total R\$

 **Desconto em folha**

Matrícula funcional

Data de admissão

Assinatura do servidor<sup>3</sup>

3 - Autorizo o Estipulante a efetuar o desconto mensal no meu salário relativo à minha parte no pagamento do(s) prêmio(s) do seguro, constante(s) nesta proposta de adesão de acordo com o contrato.

**Capital Segurado** Morte R\$ Invalidez Permanente e Total - R\$**Prêmio do Segurado**

Morte - R\$

Invalidez Permanente e Total - R\$

 **Forma de cobrança (Parcela Adicional de Risco)**

00% custeado pelo Estipulante

100% custeado pelo Segurado

Prêmio Total R\$

 **Desconto em folha**

Matrícula funcional

Data de admissão

Assinatura do servidor<sup>4</sup>

4 - Autorizo o Estipulante a efetuar o desconto mensal no meu salário relativo à minha parte no pagamento do(s) prêmio(s) do seguro, constante(s) nesta proposta de adesão de acordo com o contrato.

**Capital Segurado** Morte R\$ Invalidez Permanente e Total - R\$**Prêmio do Segurado**

Morte - R\$

Invalidez Permanente e Total - R\$

**Ser cientificado pelo intermediário da remuneração recebida por este é um direito do cliente e um dever do intermediário.**

**Como intermediário 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.**

**Dados do(s) beneficiário(s)**

O beneficiário do seguro será o estipulante, conforme estabelecido na legislação vigente.

**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 a tabela de fatores de reajuste que consta no contrato em poder do Estipulante.

**Declarações do proponente**

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

1. As coberturas do seguro vigorarão conforme definido no item Início de Vigência do Risco Individual, constante no contrato em poder do Estipulante. | 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>.**

**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

<b>Declaração Pessoal de Saúde – O preenchimento deve ser realizado pelo proponente (Justifique nas linhas abaixo da tabela, quando necessário)</b>	<b>Sim ou Não</b>	<b>Justificativa</b>
1- É portador (ou já foi portador) de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença renal, neurológica, do estômago, intestino, fígado, pâncreas, reumática, câncer (incluindo linfoma e leucemia), infectocontagiosa ou sexualmente transmissível (incluindo HIV e hepatite) ou alguma outra doença? Em caso afirmativo informe qual(is)?		
2- É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (audição, visão, etc.). Em caso afirmativo informe detalhes.		
3- Já sofreu alguma lesão traumática com fratura, luxação, entorse ou lesão ligamentar? Em caso afirmativo informe quando aconteceu, se foi necessário o afastamento da atividade laborativa, por quanto tempo e sequelas.		
4- Já foi submetido(a) a tratamentos quimioterápico, radioterápico, diálise, cirurgia, biópsia, punção ou internação hospitalar? Em caso afirmativo especifique qual(is), quando e o(s) motivo(s).		
5- Já foi submetido(a) a exames como cateterismo, ecocardiograma, tomografia, ressonância magnética, endoscopia, etc.? Em caso afirmativo especifique qual(is), quando, o(s) motivo(s) e resultado(s).		
6- Faz uso regular de algum medicamento? Em caso afirmativo informar qual(is) medicamento(s) e a dose.		
7- Fuma ou fumou nos últimos três anos? Em caso afirmativo informar a frequência, a quantidade e o tipo (cigarro, charuto, etc.).		
8- Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana? Em caso afirmativo informar o tipo de bebida, a quantidade e a frequência do consumo.		
9- Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador (ex.: mergulho, voo livre, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves? Em caso afirmativo especifique a atividade e a última vez que praticou.		
10 - Algum membro da família (pais ou irmãos) sofre ou sofreu de alguma doença antes dos 65 anos de idade? Se sim, informe a doença, a idade do diagnóstico da doença, o parentesco e a condição.		
11 - Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida ou de acidentes pessoais? Em caso afirmativo informe a seguradora, coberturas e capital contratado.		
12 - Alguma seguradora já recusou ou agravou algum seguro de vida ou de acidentes pessoais em seu nome? Em caso afirmativo informe se foi recusa ou agravamento e o motivo.		
13 - Fez ou faz uso de algum tipo de droga, como alucinógenos, narcóticos, cocaína, maconha, etc.? Em caso afirmativo informe tipo, quantidade, frequência e última vez que utilizou.		
14 - Sofreu alguma alteração de peso (perda ou ganho) de mais de 10kgs nos últimos 6 meses? Em caso afirmativo informe se houve perda ou ganho, a alteração em kg e especifique o motivo.		

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. Apólice com Início de Vigência em **01/10/2022** e Final de Vigência em **30/09/2025**.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • Nº Processos SUSEP: Terceirização de Risco Fx Etária: 154146140962022-17. 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](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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.