

Para uso da Seguradora

Seguro: ☐ Novo ☐ Atualização

Nº da proposta

Dados da Apólice

Nº da apólice

Estipulante

Nº do sub

NºMódulo

Início da vigência

93707860

FIPECQ

☐ - SUB 00 ☐ - SUB 01 ☐ - SUB 02

01

01/06/2018

Qualificação do proponente

Nome completo

Sexo

Data de nascimento

Peso (Kg)

Altura (m)

☐ masc. ☐ fem.

CPF

Nº e Natureza doc. Identificação¹

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?²

☐ sim ☐ não

☐ sim

Renda Mensal

Aposentado

Motivo

Causa da aposentadoria por invalidez

☐ sim ☐ não

☐ tempo de serviço ☐ idade ☐ invalidez

Inclusão do cônjuge no seguro

☒ não

Nome do cônjuge / companheiro(a)

DDD

Telefone

É Pessoa politicamente exposta?²

Data de nascimento

CPF

Nº e Natureza doc. Identificação¹

Órgão expedidor

Data de Expedição

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.ikatuseguros.com.br/ppe/>.

Forma de cobrança

00% custeado pelo Estipulante

100% custeado pelo Segurado

Prêmio Total R\$

Desconto em folha

Matrícula funcional

Data de admissão

Assinatura do funcionário⁴

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 da garantia básica

☒ Variável - R\$

Escolha as garantias do seguro:					
☐ - SUB 00			☐ - SUB 01		
Garantias		Titular %	Garantias		Titular %
☒ Morte		100	☒ IP – Invalidez Permanente		100

☐ - SUB 02		
Garantias		Titular %
☒ Morte		100
☒ IP – Invalidez Permanente		100

Garantias/Benefícios	Tipo de Plano	Valor
☒ Sorteio	1 Sorteio Mensal	R\$ 5.000,00
☒ Assistência Viagem Familiar 24hs		
☒ Assistência Bem Estar		
☒ Desconto Farmácia		

Dados do(s) beneficiário(s)

O beneficiário do seguro é o próprio Estipulante, que se responsabiliza pela transferência do valor indenitário para a conta benefício do segurado, na forma disposta nos termos do Regulamento do Plano.

Em face da natureza deste seguro, o segurado principal, em sua Proposta de Adesão, e na forma do Art. 791 do Código Civil, RENUNCIA, em caráter irrevogável, à faculdade de alterar a referida designação de beneficiário.

Carência

Não há carência.

Reenquadramento etário

Anualmente, na data de aniversário da apólice, os segurados que tiverem mudado de faixa etária terão seus prêmios reenquadrados conforme a tabela de fatores de reajuste abaixo:

Cobertura	Faixa Etária													
	14 - 35 anos	36 – 40 anos	41 - 45 anos	46 - 50 anos	51 - 55 anos	56 - 60 anos	61 - 65 anos	66 anos	67 anos	68 anos	69 anos	70 anos	71 anos	72 anos
Fator – MQC - SUB 00	1,0000	1,5083	1,4791	1,5977	1,5017	1,3951	1,4604	1,3253	1,1018	1,1016	1,1027	1,1027	1,1037	1,1039
Fator - IP - SUB 01	1,0000	1,2138	1,2308	1,3699	1,5220	1,6592	1,7615	1,4315	1,1296	1,1306	1,1316	1,1324	1,1331	1,1339
Fator – MQC + IP - SUB 02	1,0000	1,4269	1,4179	1,5574	1,5462	1,5204	1,6079	1,3835	1,1172	1,1177	1,1187	1,1192	1,1201	1,1206

Cobertura	Faixa Etária							
	73 anos	74 anos	75 anos	76 anos	77 anos	78 anos	79 anos	80 anos
Fator – MQC - SUB 00	1,1047	1,1049	1,1060	1,1063	1,1069	1,1070	1,1072	1,1070
Fator - IP - SUB 01	1,1344	1,1349	1,1354	1,1358	1,1361	1,1787	1,0959	1,1369
Fator – MQC + IP - SUB 02	1,1214	1,1218	1,1227	1,1232	1,1238	1,1479	1,1011	1,1246

Após 80 anos, o prêmio será reajustado em 1,1150 ao ano.

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 IBGE (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.

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.icatusseguros.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

Declaração Pessoal de Saúde (Justifique quando necessário)	Sim ou Não	Justificativa
	Titular	
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-Faz uso diário ou habitual de medicamentos? Se sim, informe os medicamentos, suas doses e frequência do uso:		
6-Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, qual(is)?		
7-Fuma ou fumou nos últimos três anos? Se sim, informar a frequência do consumo (diário, semanal,...) e quantidade.		
8-Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana? Se sim, 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.: balonismo, voo livre, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves de linha aéreas não comerciais? Se sim, especifique:		
10-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.		
11-Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida ou de acidentes pessoais? Se sim, qual seguradora e capital segurado? Alguma companhia já recusou, agravou ou cancelou algum seguro de vida ou de acidentes pessoais em seu nome?		

* 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. Apólice com Início de Vigência em 01/06/2018 e Final de Vigência em 30/05/2020.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • Nºs 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. Títulos de Capitalização modelo incentivo Icatu Capitalização S/A - CNPJ: 74.267.170/0001-73 • Processos SUSEP: 15.414.000312/2003-80, 15.414.002651/2004-81, 15.414.000311/2003-35, 15.414.002643/2004-35. 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.