

Seguro de Transferência de Riscos

PROPOSTA DE ADESÃO

Para uso da Seguradora	
Seguro: <input type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Atualização	Nº da proposta

Dados da Apólice				
Nº da apólice	Estipulante	Nº do sub	Nº Módulo	Início da vigência
93.727.567	CERES FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL		1	01/11/2021

Qualificação do proponente				
Nome completo	Sexo	Data de nascimento	Peso (Kg)	Altura (m)
	<input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fem.			
Nome social ¹	CPF	Nº e Natureza doc ²	Órgão expedidor	Data de Expedição
Residente no Brasil?	Endereço residencial (Av. / Rua)		Número	Complemento
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não				
Bairro	Cidade	CEP	UF	DDD
				Telefone
E-mail	Autoriza envio de e-mail?		É Pessoa politicamente exposta? ³	
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		<input type="checkbox"/> sim	
Renda Mensal	Aposentado	Motivo	Causa da aposentadoria por invalidez	
	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> tempo de serviço <input type="checkbox"/> idade <input type="checkbox"/> invalidez		

1 - Nome que respeita a identidade de gênero da pessoa e pelo qual ela é identificada, diferindo do nome de registro. Preenchimento não obrigatório 2 - Se proponente estrangeiro, utilizar o passaporte como documento de identificação. | 3 - 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		
% custeado pelo Estipulante	% custeado pelo Segurado	Prêmio Total R\$

<input type="checkbox"/> Desconto em folha		
Matrícula funcional	Data de admissão	Assinatura do funcionário ⁴

4 - Autorizo a patrocinadora 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.

Garantias		
Cobertura	Valor do Capital Segurado	Valor do Prêmio
<input type="checkbox"/> Morte	R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente e Total	R\$	R\$

Dados do(s) beneficiário(s)
O beneficiário do seguro será o estipulante, conforme estabelecido pela legislação vigente.

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 Estipulante não repasse o prêmio pago pela patrocinadora e pelo segurado por um período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago ou repassado, 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. O Capital Segurado e o prêmio serão atualizados mensalmente de acordo com as regras estabelecidas no regulamento do plano de previdência. | 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 de 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. | 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 exposto 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
--------------	-------------------	---

Para uso do Corretor ou PDV		
Nome Completo ou Razão Social	Código Icatu ou PDV	Assinatura

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.

Declaração Pessoal de Saúde – O preenchimento deve ser realizado pelo proponente (Justifique nas linhas abaixo da tabela, quando necessário)	Sim ou Não	Justificativa
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

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas na minha declaração pessoal de saúde são verdadeiras, estando ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas acarretará a perda do direito as coberturas contratadas, nos termos do Art. 766 do Código Civil Brasileiro.

Estou ciente ainda que, para a aceitação desta proposta a seguradora se baseou rigorosamente nas informações aqui prestadas sobre minha saúde, portanto qualquer omissão ou inexatidão será considerada como má-fé na contratação.

*Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

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 01/11/2023 e final de vigência em 31/10/2025.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • N°s Processos SUSEP: Compartilhamento de Riscos EFPC - Vida: 15414.900412019-21 – Terceirização de Riscos de EFPC: 15414.9018902014-98 – Transferência de Riscos EFPC: 15414.6129852021-69. 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.

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.