

Para uso da Seguradora

Seguro: Novo Atualização | N° da proposta _____

Dados da Apólice

N° da apólice 93.707.133 | Estipulante SOCIEDADE IBGEANA DE ASSISTENCIA E SEGURIDADE-SIAS | N° do sub _____ | N° Módulo 2 | Início da vigência _____ | Fim da vigência _____

Qualificação do proponente

Nome completo _____ Nome Social _____ Peso (Kg) _____ Altura (m) _____
 Sexo masc. fem. | Data de nascimento _____ CPF _____ N° e Natureza doc. Identificação¹ _____ Órgão expedidor _____
 Profissão _____ Residente no Brasil? sim não | Endereço residencial (Av. / Rua) _____ Número _____
 Complemento _____ Bairro _____ Cidade _____ CEP _____ UF _____
 DDD _____ Telefone _____ E-mail _____ Autoriza envio de e-mail? sim não
 Renda Mensal _____ Aposentado sim não | Motivo tempo de serviço idade invalidez | Causa da aposentadoria por invalidez _____

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

Nome do cônjuge / companheiro(a) _____ DDD _____ Telefone _____
 Data de nascimento _____ CPF _____ N° e Natureza doc. Identificação¹ _____ Órgão expedidor _____

1 - Se proponente estrangeiro, utilizar o passaporte como documento de identificação.

Forma de cobrança

100% custeado pelo Segurado | 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.

Débito em conta (Se o Proponente não for o titular da conta, anexar cópia do RG e CPF do correntista)

N° do banco _____ N° da agência bancária _____ N° da conta corrente _____ Data do vencimento _____ Periodicidade _____

Assinatura do titular da conta corrente² _____ 2 - Autorizo a Icatu Seguros S.A a efetuar o débito na conta e na periodicidade indicadas acima, relativo ao pagamento do(s) prêmio(s) do seguro constante(s) nesta proposta de adesão

Cobrança realizada pelo estipulante (podendo ser Desconto em Folha)

Matrícula funcional _____ Assinatura do funcionário³ _____

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 da garantia básica

Variável - R\$ _____

Garantias	Titular %	Cônjuge %
<input type="checkbox"/> Morte	100%	-%
<input type="checkbox"/> Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)	100%	-
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ⁵	200%	-
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100%	-

5 – 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.

Garantias/Benefícios	Tipo de Plano	Valor
<input type="checkbox"/> Serviço de Assistência Funeral (SAF)	Familiar	R\$3.300,00

Dados do(s) beneficiário(s)⁸ (O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.)

Nome Completo ⁹	Data de Nascimento	Afinidade	Participação (%)

8 - Na ausência de designação de beneficiários ou se por algum motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável. | 9 – No caso de contratação da cobertura de Cesta Básica, o primeiro nome indicado será o beneficiário.

Carência

02 (dois) anos para sinistros decorrentes de suicídio ou sua tentativa. Caso o produto tenha carência para os casos de morte natural, estará descrito nas condições contratuais em poder do Estipulante.

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. Iniciada a vigência, 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, 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. 2º da Resolução CNSP nº 434/2021, 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 da Proposta estará sujeita a análise do risco. | 9. Em caso de contratação de Seguro Viagem, por esta proposta, concordo em aderir ao Clube de Seguros Icatu. | 10. 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. 11. O valor do prêmio do seguro já contempla o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF). Em atendimento à Lei 12.741/12, estão disponíveis no site <https://portal.icutuseguros.com.br/tributos> as informações relativas aos tributos incidentes, com o detalhamento das alíquotas e deduções estabelecidas em legislação específica.

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.susep.gov.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 _____

Para uso do Corretor		
Agenciamento		
Nome completo ou razão social	% de distrib.	Código Icatu
Nome completo ou razão social	% de distrib.	Código Icatu
Corretagem		
Nome completo ou razão social	% de distrib.	Código Icatu
Nome completo ou razão social	% de distrib.	Código Icatu

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-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, vôo livre, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves de linha aérea 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.

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.**

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 ___/___/_____ e Final de Vigência em ___/___/_____.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • N°s Processos SUSEP: Vida em Grupo Faixa Etária: 15414.001272/2006-36. 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 do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, 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 Seguros e Previdência 0800 286 0110. De segunda a sexta-feira, das 8h às 20h e sábados, domingos e feriados nacionais, das 8h às 16h. Nos demais horários, você pode acessar o SAC em www.icatuseguros.com.br/atendimento. Para atendimento em Libras, acesse nosso site de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h e sábados, domingos e feriados nacionais, das 8h às 16h. 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.