

Para uso da Seguradora

Seguro: Novo Atualização | N° da proposta _____

Dados da Apólice

N° da apólice VG | Estipulante | N° do Estipulante | N° do Sub | Início da vigência

Qualificação do Proponente

Nome completo | Sexo
 masc. fem.Data de nascimento | Idade | Nacionalidade | CPF
 titular dependenteN° do doc. de identificação | Natureza do doc. de identificação¹ | Órgão expedidor | Data de expedição | (DDD) Telefone

Estado civil | Endereço residencial (Av. / Rua) | Número | Complemento

Bairro | Cidade | UF | CEP | Profissão

Função | Residente no Brasil? sim não | Autoriza envio de email?² sim não | EmailAposentado sim não | Motivo tempo de serviço idade invalidez | Causa da aposentadoria por invalidez

1 - Se Proponente estrangeiro utilizar o passaporte como documento de identificação. 2 - O segurado poderá a qualquer momento, mediante solicitação à seguradora, alterar a opção.

Inclusão do cônjuge no seguro não sim

Qualificação do cônjuge (preencher apenas em caso de contratação da garantia de cônjuge facultativo)

Nome do cônjuge / companheiro(a) | CPF

Nacionalidade | Data de nascimento | N° doc. de identificação | Natureza doc. de identificação³ | Órgão ExpedidorData de expedição | Profissão | Função | Residente no Brasil?
 sim não

3 - No caso de cônjuge estrangeiro utilizar o passaporte como documento de identificação.

Dados do plano

Capital segurado - Garantia básica A - único B - múltiplo salarialCapital segurado individual | Prêmio | Salário atual mensal | Quantas vezes o salário | Prêmio
R\$ | R\$ | R\$ | | R\$

Formas de pagamento (preencher apenas a opção de acordo com o contrato em poder do Estipulante)

 Boleto bancário 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 corrente⁴

4 - 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.

 Desconto em folhaMatrícula funcional | Data de admissão | Assinatura do funcionário⁵

5 - 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.

Garantias

(preencher os campos abaixo de acordo com as garantias e serviços estabelecidos em contrato em poder do Estipulante)

	Garantias ⁶	Titular %	Cônjuge %	Filho % ⁷
Vida em Grupo (VG)	<input type="checkbox"/> Morte			
	<input type="checkbox"/> Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)			
	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente (IPA)			
	<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)			
	<input type="checkbox"/> Doença Congênita de Filhos			
Acidentes Pessoais Coletivo (APC)	<input type="checkbox"/> Verba Rescisória			
	<input type="checkbox"/> Morte Acidental			
	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)			

	Garantias / Benefícios ⁶	Tipo do plano	Valor
Outras garantias	<input type="checkbox"/> Serviço de Assistência Funeral (SAF)	<input type="checkbox"/> Familiar (titular/cônjuge/filhos) <input type="checkbox"/> Individual (apenas titular)	R\$
	<input type="checkbox"/> Auxílio Funeral	<input type="checkbox"/> Complementar <input type="checkbox"/> Adiantamento	R\$
	<input type="checkbox"/> Assistência Cesta Básica	(_____ meses)	R\$
	<input type="checkbox"/> Auxílio Cesta Básica	(_____ meses)	R\$
	<input type="checkbox"/> Diária por Incapacidade Temporária por Doença e Acidente (DIT)	Nº de diárias contratadas: _____	
Benefícios adicionais	<input type="checkbox"/> Sorteio ⁸	Sorteio(s) Mensal(is)	R\$
	<input type="checkbox"/> Assistência Viagem	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional	

6 - Indicar o percentual do capital segurado a ser atribuído a cada garantia.

7 - Para os menores de 14 anos a cobertura estará limitada ao reembolso de despesas com o funeral.

8 - Este valor é bruto de impostos e está sujeito à tributação com base na legislação vigente à época da premiação.

Dados do(s) beneficiário(s)⁹

(A afinidade não deve ser caracterizada como "outros" - O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%)

Nome completo	Afinidade	Participação
_____	_____	_____ %
Nome completo	Afinidade	Participação
_____	_____	_____ %
Nome completo	Afinidade	Participação
_____	_____	_____ %

9 - Na ausência de designação de beneficiários, a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável. Para indicar beneficiários adicionais, anexar a esta proposta de adesão carta com os dados acima.

Dados do beneficiário da cesta básica

Nome completo	Afinidade
_____	_____

Local e data

CPF do Proponente

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

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

1. A(s) cobertura(s) do(s) seguro(s) vigorará(ão) a partir das 24h da data do protocolo, conforme definido no item Início de Vigência do Risco Individual, constante no contrato em poder do Estipulante.

2. O não pagamento do prêmio do seguro na data de seu vencimento constitui em mora o Segurado, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial. 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. Qualquer valor creditado em favor da Icatu Seguros S.A., após a data do cancelamento deste seguro, não será acatado pela Seguradora, e a importância paga será devolvida ao segurado já excluído da apólice.

4. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento. 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, sem devolução dos prêmios pagos.

5. Anualmente, o Capital Segurado será atualizado de acordo com a variação acumulada do IPCA nos últimos 12 (doze) meses ou dissídio da categoria em caso de múltiplo salarial, ou ainda com outro índice, conforme estabelecido em contrato.

6. O prêmio será atualizado na mesma data do capital segurado e, caso previsto no Contrato, haverá reenquadramento do prêmio de acordo com a tabela de comercialização. Após a última faixa etária prevista na tabela, o reajuste será de 11,5% além da atualização monetária.

7. Se citado em contrato, haverá carência para o caso de morte natural para os segurados que contratarem o plano entre 66 e 80 anos.

8. Toda e qualquer correspondência emitida pela Icatu Seguros S.A. contendo documentos e/ou informações sobre este seguro, será remetida ao Corretor de Seguros e/ou ao Estipulante da apólice, devidamente lacrada, para posterior envio aos meus cuidados.

9. 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 $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. 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.

11. 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, podendo ainda, responder civil e criminalmente pelas informações inverídicas.

Declaro que tive prévio e exposto conhecimento dos termos das Condições Contratuais do plano escolhido.

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

(responder com "sim" ou "não", por extenso, de próprio punho, justificando quando necessário)

	Titular	Cônjuge*	Observação
1. Encontra-se com algum problema de saúde? Se sim, qual(is)?			
2. Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças gástricas ou intestinais, doenças do sangue, doenças neurológicas, doenças do fígado, doenças renais ou algum outro			

tipo de doença? Se sim, qual(is)?			
3. Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia ou punção nos últimos cinco anos? Se sim, qual(is)?			
4. Foi submetido(a) a qualquer outro tipo de internação hospitalar nos últimos cinco anos? Se sim, qual(is) e o motivo:			
5. É ou foi portador de doenças infectocontagiosas e/ou sexualmente transmissíveis ? Se sim, qual(is)?			
6. Sofre ou já sofreu de algum tipo de câncer? Se sim, quais?			
7. Já foi submetida a tratamento quimioterápico, radioterápico ou de diálise? Se sim, especifique qual e quando:			
8. Faz uso diário ou habitual de medicamentos? Se sim, informe os medicamentos, suas doses e frequência do uso:			
9. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, qual(is)?			
10. Fuma ou fumou nos últimos três anos? Se sim, informar a frequência do consumo (diário, semanal,...) e quantidade.			
11. 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.			
12. Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador? Se sim, especifique:			
13. É aposentado(a) por qualquer Órgão de previdência oficial? Se sim, qual e por que motivo?			
14. Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida e/ou acidentes pessoais? Se sim, cite a seguradora e o capital segurado.			
15. Exerce alguma profissão ou atividade a bordo de aeronaves de linha aéreas não-comerciais? Se sim, especifique.			

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

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 Processo SUSEP: Vida em Grupo Taxa Média: 15414.001273/2006-81 - Vida em Grupo Faixa Etária: 15414.001272/2006-36. Acidentes Pessoais Coletivos: 15414.002721/2006-63. Títulos de Capitalização emitidos pela 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. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. 3 vias - 1ª seguradora / 2ª corretor / 3ª participante (maio/2010). 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.