

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

|                         |             |           |           |                 |
|-------------------------|-------------|-----------|-----------|-----------------|
| <b>Dados da Apólice</b> |             |           |           |                 |
| Nº da apólice           | Estipulante | Nº do sub | Nº Módulo | Fim da vigência |
| 82.012.925              | FUNCESP     |           |           |                 |

|                                   |           |  |  |                    |
|-----------------------------------|-----------|--|--|--------------------|
| <b>Qualificação do proponente</b> |           |  |  |                    |
| Nome completo                     |           | Sexo   |  | Data de nascimento |
|                                   |           | <input type="checkbox"/> masc. <input type="checkbox"/> fem. |  |                    |
| CPF                               | Profissão | Renda Mensal   | É Pessoa politicamente exposta? <sup>1</sup> | Email              |
|                                   |           |  | <input type="checkbox"/> sim                 |                    |
| Endereço residencial (Av. / Rua)  |           |  | Número                                       | Complemento        |
|                                   |           |  |  |                    |
| Bairro                            | Cidade    | CEP  | UF   | DDD Telefone       |
|                                   |           |  |  |                    |

1 - 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/>.

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>Forma de cobrança</b>                  |                  |
| 100 % custeado pelo Segurado <sup>2</sup> | Prêmio Total R\$ |

2 - Autorizo o Estipulante a efetuar o desconto mensal do prêmio do seguro no meu salário/benefício, de acordo com a tabela de taxas que consta no contrato em poder do Estipulante. Na hipótese de desligamento ou afastamento da folha de pagamento, autorizo o Estipulante a emitir boleto bancário.

|  |  |
|--|--|
| <b>Capital segurado da garantia básica</b> |  |
| R\$  |  |

| Garantias   | Plano 1  | Plano 2  |
|---|----------|----------|
| Morte Acidental (MA)  | 100%     | 100%     |
| Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) <sup>3</sup> | até 100% | até 100% |
| Despesas Médicas Hospitalares e odontológicas por acidente ( DMH)     | -        | até 5%   |

3 - 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.

| <b>Dados do(s) beneficiário(s)<sup>4</sup> (O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.)</b> |           |                  |
|---|-----------|------------------|
| Nome Completo   | Afinidade | Participação (%) |
|   |           |                  |
|   |           |                  |
|   |           |                  |
|   |           |                  |

4 - Na ausência de designação de beneficiários, a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável.

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Declarações do proponente</b> |
|----------------------------------|

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

1. O início de vigência do risco individual será retroativo ao primeiro dia do mês de competência do pagamento do seguro. | 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.

**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

---

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • N<sup>o</sup>s 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. Comercializado pela Vila Velha Corretora de Seguros, CNPJ 47.186.283/0001-71, Código SUSEP 10.0195766,. 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.

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.