

**Para uso da Seguradora**

Seguro:  Novo  Atualização | N° da proposta \_\_\_\_\_

**Dados da Apólice**

N° da apólice **93.705.578** | Estipulante **ASSOCIACAO SABESP** | N° do sub \_\_\_\_\_ | N°Módulo \_\_\_\_\_ | Início da vigência da apólice **01/06/2016**

**Qualificação do proponente**

Nome completo \_\_\_\_\_ | Sexo  masc.  fem. | Data de nascimento \_\_\_\_\_ | Peso (Kg) \_\_\_\_\_ | Altura (m) \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ | N° e Natureza doc. Identificação<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ | Órgão expedidor \_\_\_\_\_ | Data de Expedição \_\_\_\_\_ | 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 | É Pessoa politicamente exposta?<sup>2</sup>  sim

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 \_\_\_\_\_ | É Pessoa politicamente exposta?<sup>2</sup>  sim

Data de nascimento \_\_\_\_\_ | CPF \_\_\_\_\_ | N° e Natureza doc. Identificação<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ | 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.icatusseguros.com.br/ppe/>.

**Forma de cobrança**

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 corrente<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ | 3 - Autorizo o Estipulante 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 folha

Matrícula funcional \_\_\_\_\_ | Data de admissão \_\_\_\_\_ | Assinatura do funcionário<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

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 e prêmio da garantia básica**

Capital Segurado - R\$ \_\_\_\_\_ | Prêmio - R\$ \_\_\_\_\_

Garantias	Titular %	Cônjuge %*	Filho %**
<input checked="" type="checkbox"/> Morte	100%	50%	10%
<input checked="" type="checkbox"/> Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) <sup>5</sup>	100%	50%	
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) <sup>6</sup>	100%	50%	
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	100%		

\*Apenas há cobertura de cônjuge para os segurados que contratarem o plano familiar.

\*\* Para menores de 14 anos, a indenização está limitada ao valor das despesas com funeral até o limite máximo contratado, observado os limites estabelecidos em contrato. O capital segurado será 10% da garantia de morte do titular limitado a R\$ 5.000,00.

5 - Em caso de morte acidental, as coberturas de Morte e IEA se acumulam. | 6 - Se a invalidez permanente for parcial o valor a ser indenizado obedecerá a tabela de percentuais do item "Cobertura" das Condições Especiais de IPA, que integram as Condições Gerais.

Garantias/Benefícios	Tipo de Plano	Valor
<input checked="" type="checkbox"/> Serviço de Assistência Funeral (SAF)	Familiar	R\$ 3.300,00
<input checked="" type="checkbox"/> Auxílio Cesta Básica		12 x R\$ 83,00
<input checked="" type="checkbox"/> Assistência Domiciliar		
<input checked="" type="checkbox"/> Assistência Equipamentos Médicos		

**Dados do(s) beneficiário(s)<sup>7</sup> (O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.)**

Nome Completo <sup>8</sup>	Afinidade	Participação (%)

7 - Na ausência de designação de beneficiários, a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável. | 8 - No caso de contratação da cobertura de Cesta Básica, o primeiro nome indicado será o beneficiário.

**Carência**

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, 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. 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, 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. 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.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**

**Agenciamento**

Nome completo ou razão social \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Código Icatu \_\_\_\_\_

**Corretagem**

Nome completo ou razão social \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Código Icatu \_\_\_\_\_

Declaração Pessoal de Saúde (Justifique 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, voo 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.

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 01/06/2016 e Final de Vigência em 31/05/2021.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • Nº Processo 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 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.