Para uso da SeguradoraSeguro: Novo Atualização | N° da proposta**Dados da Apólice**

N° da apólice	Estipulante	N° do sub	N° Módulo	Início da vigência
77.000.905	FUNDIAGUA – Fundação de Previdência Complementar	0		01/08/2019

Qualificação do proponente

Nome completo	Sexo		Data de nascimento		
	☐ masc. ☐ fem.				
Nome social ¹	CPF	N° e Natureza doc ²	Órgão expedidor	Data de Expedição	Profissão
Residente no Brasil?	Endereço residencial (Av. / Rua)		Número	Complemento	
☐ sim ☐ não					
Bairro	Cidade	CEP	UF	DDD	Telefone
E-mail	autoriza envio de e-mail?		Pessoa politicamente exposta? ³		
	☐ sim ☐ não		☐ sim ☐ não		
Renda Mensal	Aposentado	Motivo	Causa da aposentadoria por invalidez		
	☐ sim ☐ não	☐ tempo de serviço ☐ idade ☐ invalidez			
Assinatura do Proponente					

O proponente declara reconhecer o exercício da sua opção pela contratação do seguro prestamista.

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/ppe/>.

Forma de cobrança

100 % custeado pelo Estipulante | 0 % custeado pelo Segurado | Prêmio Total R\$

Ser certificado 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.

Capital Segurado

Modalidade de Capital	Valor do Capital Inicial	Data de contratação do empréstimo	Prazo do empréstimo
☒ Vinculado ⁴			

4 – O capital segurado vinculado é modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

Garantias ⁶	Titular %
☒ Morte	100%

Dados do(s) beneficiário(s)

O beneficiário desta Apólice será o próprio Estipulante, que receberá a indenização de acordo com o valor do saldo da dívida. Havendo saldo positivo entre o saldo devedor e o valor da importância segurada contratada, esta diferença será paga ao(s) beneficiário(s) do participante inscritos no plano de benefícios.

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 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 O início de vigência do risco individual será retroativo às 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia do mês de competência do pagamento do prêmio do seguro, desde que as condições de aceitação descritas tenham sido atendidas.

2. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

3. Após o início da 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).

4. 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.

5. **Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.**

6. **Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.**

7. 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 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedam o mês anterior ao aniversário.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco.

12. 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 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 (informar RG)

Declaração Pessoal de Saúde – O preenchimento deve ser realizado pelo proponente de próprio punho. (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 agravo 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 (informar RG)

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 01/08/23 e Final de Vigência em 31/07/2025.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • Nº Processo SUSEP: Prestamista Taxa Média: 154140034572004-13 - Prestamista Faixa Etária: 154140034592004-11. 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.

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.