

**Proposta:**  Nova  Atualização

**Nº da Proposta:**

Nº do Instituidor	Estipulante <b>CARTAPREV</b>	Nº da Apólice <b>93711088</b>	Nº do Estipulante <b>64775</b>	Nº do Sub <b>0</b>	Nº do Módulo <b>2</b>
-------------------	---------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------

**Qualificação do Proponente (cliente menor de idade é obrigatório o preenchimento do campo CPF)**

Nome Completo				CPF <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	
Data de Nascimento	Idade	Naturalidade	Nacionalidade (país de nascimento) <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> EUA <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Outro: _____		Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Possui outra(s) cidadania(s)/nacionalidade(s)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, quais? <input type="checkbox"/> EUA <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Outro: _____		Você é US Person? <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Sim <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Não		Residência Fiscal no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Qual País: _____)	
Nº doc. Identificação <sup>4</sup>		Natureza doc. Identificação		Órgão Expedidor <sup>5</sup>	Data de Expedição
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável			Nome do Cônjuge ou Companheiro(a)		
Endereço Residencial (Av./Rua)				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UIF	CEP	Telefone (    )	
Endereço Comercial (Av./Rua)				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UIF	CEP	Telefone (    )	
Profissão		Renda Mensal			
E-mail		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Qual País): _____			
Aposentado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Motivo <input type="checkbox"/> Tempo de serviço <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Invalidez		Causa da Aposentadoria por Invalidez		
Nome Completo do Representante Legal (preenchimento obrigatório se proponente total, parcialmente incapaz ou menor de idade)				CPF do Representante Legal	
Endereço do Representante Legal (preenchimento obrigatório se proponente total, parcialmente incapaz ou menor de idade)				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UIF	CEP	Telefone (    )	
Filiação				Endereço para correspondência <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial	
Responsável Financeiro (preenchimento obrigatório quando o participante for menor de idade)					
CPF do Responsável Financeiro		Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Endereço do Responsável Financeiro (preenchimento obrigatório se proponente total, parcialmente incapaz ou menor de idade)				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UIF	CEP	Telefone (    )	

1- Caso selecionada a opção "EUA" (Estados Unidos da América), favor preencher o formulário "Declaração de Cidadão Americano/Residente Fiscal nos "EUA" (Estados Unidos da América)";

2- Conceito de US Person: Ser cidadão norte americano. Um indivíduo é cidadão se nasceu nos Estados Unidos, ou em seus territórios, ou se naturalizou norte americano, assim como aquele que possui pai ou mãe, ou ambos, cidadãos norte-americanos. Ser residente fiscal nos Estados Unidos. Um indivíduo é residente fiscal nos EUA em duas hipóteses: possuir Green Card, ou seja, registro que garante sua permanência nos EUA; ter presença física substancial nos Estados Unidos para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente, 183 dias no triênio de acordo com fórmula específica X - X - Nº de dias = dias de residência durante o ano corrente (ano T) + 1/3 x dias de residência no ano passado (ano T-1) + 1/6 x dias de residência no ano (ano T-2). Esta soma deve ser igual ou superior a 183;

3- Em caso afirmativo, favor preencher o formulário "Declaração de Cidadão Americano/Residente Fiscal nos "EUA" (Estados Unidos da América)";

4- Se proponente estrangeiro utilizar o passaporte como documento de identificação;

5- País expedidor, no caso de passaporte;

## Plano de Benefícios

Benefício	Idade para entrada em benefício	Valor da Contribuição
Tributação	<b>Taxa de Carregamento do plano: 0,0%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de Janeiro, pela variação do IPCA.</b>	
A Opção pelo regime de tributação poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate.		
<b>Plano aprovado pelo MPS, processo nº 4000.001599/2007-59 sob o comando nº 25029248. Inscrição do plano no CNPB 2007.0014-38.</b>		

## Dados do(s) Beneficiário(s) do Plano em caso de Morte <sup>6</sup>

Nome do Completo	Data de Nascimento	Afinidade <sup>7</sup>	Participação (%) <sup>8</sup>
Nome do Completo	Data de Nascimento	Afinidade <sup>7</sup>	Participação (%) <sup>8</sup>
Nome do Completo	Data de Nascimento	Afinidade <sup>7</sup>	Participação (%) <sup>8</sup>
Nome do Completo	Data de Nascimento	Afinidade <sup>7</sup>	Participação (%) <sup>8</sup>

6- 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;

7 - A afinidade não deve ser caracterizada como "outros";

8 - O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

## Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de beneficiário e que estou de acordo com tal tratamento. Em caso de revogação deste consentimento, estou ciente de que os dados pessoais da criança/adolescente então indicada(o) como beneficiário(a) serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

## Parcela Adicional do Seguro de Vida – Terceirização de Risco EFPC Faixa Etária

Garantia <sup>9</sup>	Valor do Capital Segurado <sup>10</sup>	Valor do Prêmio <sup>10</sup>
<input type="checkbox"/> Morte	R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Invalidez Total e Permanente <sup>11</sup>	R\$	R\$
SEGURO ADMINISTRADO PELA ICATU SEGUROS S/A Nº PROCESSO SUSEP: 15414.003237/2011-19 BENEFICIÁRIO DO SEGURO: IcatuFMP <sup>12</sup>	<b>Total da Parcela Adicional do Seguro</b>	R\$

## Estas parcelas não são de previdência e não acumulam para aposentadoria.

9- O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. A contratação do seguro é facultativa, bastando para tanto a informação dos valores de prêmios e capitais nos campos devidos. No entanto, após a adesão, dada a natureza da cobertura do seguro, os prêmios pagos não serão devolvidos, em qualquer hipótese.

10 - Anualmente, na data de aniversário da Apólice, o Capital Segurado e o Prêmio serão atualizados monetariamente pelo IPCA (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. Além da atualização monetária, na mesma data, haverá reequilíbrio do prêmio por faixa etária de acordo com a tabela de comercialização constante no contrato em poder do Estipulante. Após a última faixa etária prevista na tabela, o reajuste será de 11,5% ao ano.

11 - O pagamento da indenização está condicionado à comprovação do quadro de invalidez total e permanente.

12 - O beneficiário das garantias de Morte e Invalidez Total e Permanente será o IcatuFMP. O valor da indenização pago ao IcatuFMP será depositado na conta benefício do participante para pagamento pelo IcatuFMP, sob forma de renda, conforme indicado no Regulamento do Plano.

## Dados para Pagamento

Dia do Vencimento	Total da Contribuição	Forma de Pagamento	
<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25	R\$	<input type="checkbox"/> Débito em conta <input type="checkbox"/> Boleto bancário	
Nome do Correntista (no caso de débito em conta)			CPF do Correntista
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta corrente
<b>Autorização de débito em conta no verso.</b>			

## Para uso do corretor

Nome do Corretor	Código do Corretor	Assinatura
------------------	--------------------	------------

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site <http://www.susep.gov.br>, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**Cartório**

Nome do Titular do Cartório	Nome do Cartório	Vínculo Associativo
-----------------------------	------------------	---------------------

**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.**

**Declaração do Proponente**

Declaro ter recebido o estatuto do IcatuFMP, bem como o regulamento e material explicativo do Plano de Benefícios Previdenciários. Declaro também que tive prévio e exposto conhecimento e estou de acordo com os termos das Condições Gerais do Seguro, disponibilizados no site <http://www.icatuseguros.com.br>, contratado pela CARTAPREV na IcatuFMP, e por mim custeado, que determina como único beneficiário ao IcatuFMP, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será do IcatuFMP. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos e condições gerais, sabendo, desde já, que a aceitação do seguro está sujeita à análise do risco e, caso seja recusado, a entrada no plano de benefícios se dará normalmente, sem a parcela adicional do seguro de vida. Estou ciente que o não pagamento da Parcela Adicional do Seguro (prêmio) na data de seu vencimento, constitui em mora o Segurado, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial. Caso o pagamento dos prêmios não seja efetuado por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago, o Segurado será excluído da apólice. Se durante o período de tolerância (90 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 IcatuFMP.

O 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 IcatuFMP, mediante aviso prévio, de no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

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 IcatuFMP, 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 àquele 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.

Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas nesta proposta são certas, completas e verdadeiras e estou ciente de que quaisquer omissões intencionais ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Icatu Seguros informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional.

Comprometo-me a informar ao IcatuFMP a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 445/2012.

Declaro que exerço a opção de tributação assinalada no campo TRIBUTAÇÃO, e estou ciente do caráter irrevogável e irrevogável desta, conforme legislação vigente. Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados na presente Proposta 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 e (ii) o IcatuFMP poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados com o Instituidor e com outras entidades privadas ou órgãos públicos.

Concordo em receber eletronicamente o Relatório Anual com informações do Plano, o boleto bancário mensal de cobrança (caso seja essa a forma de pagamento escolhida), bem como autorizo a utilização do meu endereço eletrônico para envio de demais informações e documentos relacionados ao Plano.

Sim  Não

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CPF do Proponente



\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proponente e/ou Responsável Legal

**Autorização para Débito em Conta Corrente**

Autorizo o banco designado no anverso a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente são comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pelo IcatuFMP ao banco. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para esta finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade, caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. Declaro-me ciente de que o banco poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo, ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização reservando-me adotar o mesmo procedimento quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade do IcatuFMP, ou do banco informado nesta proposta, pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Assinatura do Correntista

Declaração Pessoal de Saúde – O preenchimento deve ser realizado pelo proponente	Titular Sim/Não	Observação
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 agravamento 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.		

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura do Proponente e/ou Responsável em caso de proponente total ou parcialmente incapaz

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 aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. 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.