

AUMENTO DO VALOR DO CAR

Plano de Benefícios do Poder Judiciário da União, do Ministério Público da União
e do Conselho Nacional do Ministério Público (JusMP-Prev)

Número da Apólice 93.709.676	Estipulante Funpresp-Jud	Órgão de vinculação (Patrocinador)		
Nome completo do proponente (sem abreviações)				Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
Data de nascimento	Identidade	Órgão expedidor/UF	Data de expedição	CPF
Endereço completo			Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular

Email's (institucional e pessoal)

Renda Mensal (bruta) R\$	É pessoa politicamente exposta? ¹ <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Profissão (cargo efetivo)
Aposentado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Tipo de aposentadoria <input type="radio"/> Tempo de serviço <input type="radio"/> Por idade <input type="radio"/> Por Invalidez	Causa da aposentadoria por invalidez

1. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 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 ser relacionamento próximo. Para mais esclarecimentos consulte: <https://hotsite.icatusseguros.com.br/ppe/>

SOLICITO o aumento do valor da **Cobertura Adicional de Risco (CAR)**, conforme segue:

Garantias	Novo capital segurado	Nova contribuição CAR
<input type="radio"/> Morte natural ou acidental	R\$	R\$
<input type="radio"/> Invalidez permanente e total	R\$	R\$
Total		R\$

DECLARO estar ciente de que a aceitação do aumento do valor da CAR estará sujeita a análise do risco pela Seguradora e de que:

- caso ocorra o sinistro durante o prazo de análise do aumento do valor do risco e a negativa do aceite do risco pela Seguradora, o novo valor do capital segurado somente será pago se a causa da morte ou da invalidez for diferente daquela que determinou o não aceite do aumento da CAR;
- se houver a negativa do aceite do risco pela Seguradora, não haverá alteração do valor contratado;
- caso ocorra o aceite o risco pela Seguradora, o aumento terá vigência a partir do 1º (primeiro) dia do mês relativo à data do protocolo, na Seguradora, do presente formulário ou da resposta às diligências solicitadas por ela, que ocasionará os respectivos descontos da contribuição CAR;
- caso o segurado não efetue o pagamento da contribuição CAR por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira contribuição não paga, este será excluído da apólice/cobertura. Se durante o período de tolerância (60 dias a contar da data de vencimento da primeira contribuição não paga), ocorrer um sinistro sem o respectivo pagamento da contribuição CAR, este será descontado do capital segurado a ser pago;
- os valores das contribuições CAR serão anualmente reajustados, no mês de aniversário do contrato, em função da mudança de idade do segurado e dos termos definidos no contrato, para manutenção do capital segurado;
- o beneficiário das indenizações por morte e por invalidez será a Funpresp-Jud, a qual repassará o valor do capital segurado recebido para a Reserva Acumulada Suplementar (RAS) do participante, para os fins previstos no Regulamento do Plano de Benefícios JusMP-Prev;
- a Seguradora está autorizada a buscar novos subsídios para a análise e verificação das informações prestadas no momento da contratação da CAR e/ou na ocorrência de sinistro;
- esta contratação é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução das contribuições CAR pagas. Caso a Seguradora não tenha mais interesse em renovar a apólice, esta comunicará sua decisão à Funpresp-Jud, mediante aviso prévio com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência em relação ao término 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 107/2004, concedo à Funpresp-Jud 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 àquela 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 de cancelar a seguro durante a vigência da apólice, nem de 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, por fim, 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 www.icatusseguros.com.br. Esta Proposta de Adesão está vinculada ao contrato de seguro em poder do Estipulante (Funpresp-Jud).

Local e data

Assinatura do proponente

Continua no verso

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS): O preenchimento deve ser realizado pelo participante/segurado (complemente a informação, quando necessário).

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)?	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
2. É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (audição, visão, etc.). Em caso afirmativo informe detalhes.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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).	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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).	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
6. Faz uso regular de algum medicamento? Em caso afirmativo informar qual(is) medicamento(s) e a dose.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
7. Fuma ou fumou nos últimos três anos? Em caso afirmativo informar a frequência, a quantidade e o tipo (cigarro, charuto, etc.).	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
9. Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador (ex.: voo livre, mergulho, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves? Em caso afirmativo especifique a atividade e a última vez que praticou.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
10. Alguém 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.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
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.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não
14. Sofreu alguma alteração de peso (perda ou ganho) de mais de 10kgs nos últimos 6 (seis) meses? Em caso afirmativo informe se houve perda ou ganho, a alteração em kg e especifique o motivo.	<input type="radio"/> Sim: <input type="radio"/> Não

_____, ____/____/____.

Local e data

Assinatura do(a) proponente

Campos a ser preenchido e assinado pelo Responsável da Área de Pessoal do Órgão ou da Funpresp-Jud:

_____, ____/____/____.

Local e data do protocolo

Carimbo e assinatura do responsável

Informações adicionais:

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 inexactidões contidas acarretará a perda do direito as coberturas contratadas, nos termos do art. 766* do Código Civil Brasileiro (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). 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 inexactidão será considerada como má-fé na contratação.

A Icatu Seguros S/A tem o prazo de até 15 dias, contados do dia do recebimento do documento na empresa, 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. A apólice principal entre a Funpresp-Jud e a Icatu terá início de vigência em 1º/7/2019 e final de vigência em 30/6/2024.

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39. Nº Processo SUSEP: Terceirização de Risco Fx Etária: 15414.0032372011-19. 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 fixados. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.