

Nº da Apólice 93.759.401	Nº Sub 0	Estipulante Funpresp-Jud	Órgão de vinculação (Patrocinador)	
Nome completo do(a) proponente (sem abreviações)			Data de nascimento	
Nome Social¹ (preenchimento facultativo)			CPF	
Endereço completo		Bairro	Cidade	
UF	CEP	Telefone: (DDD) Celular	Telefones: (DDD) Residencial/Comercial	
Email's (institucional e pessoal)			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. Nome que respeita a identidade de gênero da pessoa e pelo qual ela é identificada, diferindo do nome de registro.

SOLICITO o seguinte aumento da Cobertura Adicional de Risco (CAR) [preencher os valores que pretende aumentar e o total]:

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

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS) [responder todos os itens, com a respectiva complementação, quando for o caso]:

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? Não. Se Sim, informe qual(is): _____

2. É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (audição, visão, etc.)? Não. Se Sim, informe detalhes: _____

3. Já sofreu alguma lesão traumática com fratura, luxação, entorse ou lesão ligamentar? Não. Se Sim, 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? Não. Se Sim, especifique qual(is), quando e o(s) motivo(s): _____

5. Já foi submetido(a) a exames como cateterismo, ecocardiograma, tomografia, ressonância magnética, endoscopia, etc.? Não. Se Sim, especifique qual(is), quando, o(s) motivo(s) e resultado(s): _____

6. Faz uso regular de algum medicamento? Não. Se Sim, informar qual(is) medicamento(s) e a dose: _____

7. Fuma ou fumou nos últimos três anos? Não. Se Sim, informar a frequência, a quantidade e o tipo (cigarro, charuto, etc.): _____

8. Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana? Não. 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.: voo livre, mergulho, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves?

Não. Se Sim, 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? Não. 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? Não. Se Sim, 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? Não. Se Sim, 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.? Não. Se Sim, informe tipo, quantidade, frequência e última vez que utilizou: _____

14. Sua atual altura _____ metros e peso _____ kg. Se sofreu alguma alteração de peso (perda ou ganho) de mais de 10kgs nos últimos 6 (seis) meses? Não. Se Sim, informe se houve perda ou ganho, a alteração em kg e especifique o motivo: _____

DECLARO estar ciente de que:

- o aumento do valor da CAR está sujeita a análise prévia do risco pela Seguradora;
- caso ocorra o sinistro durante o prazo de análise do aumento do valor da CAR, será pago o valor anterior do capital segurado;
- as informações prestadas na DPS são certas, completas e verdadeiras, sendo que quaisquer omissões ou inexatidões:
 - poderão ocasionar a recusa do aumento do valor da CAR; ou
 - ocasionarão a perda do direito ou a resolução do contrato pela Seguradora, de acordo com os termos do art. 766 do Código Civil, podendo ainda o(a) proponente responder civil e criminalmente pelas informações inverídicas prestadas.
- a Seguradora está autorizada a buscar novos subsídios para a análise e verificação das informações prestadas na presente proposta;
- a Seguradora tem o prazo de até 15 dias, contados da data do registro da recepção da proposta, para manifestar-se sobre sua recusa. Este prazo será suspenso se necessário 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 da proposta por parte da Seguradora no prazo antes referido, a aceitação será automaticamente, inclusive nos casos de documentação incompleta;
- caso ocorra o aceite do aumento do valor da CAR, a sua vigência será a partir do 1º dia do mês relativo à data do aceite do aumento de risco pela Seguradora, que ocasionará o(s) desconto(s) majorado(s) da(s) contribuição(ões) CAR;
- caso o segurado não efetue o pagamento da contribuição CAR por período superior a 90 dias, a contar da data do vencimento da 1ª contribuição não paga, este será excluído da apólice/cobertura. Se durante o período de tolerância, de 90 dias contados da data de vencimento da primeira contribuição não paga, ocorrer o sinistro sem o respectivo pagamento, o valor da(s) contribuição(ões) CAR será descontado do valor 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;
- é permitida a alteração ou o cancelamento do valor contratado, mediante o preenchimento, assinatura e entrega do formulário específico;
- 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;
- 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 com, no mínimo, 60 dias de antecedência em relação ao término de vigência da apólice;
- 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 Pessoais (Lei 13.709/2018);
- a Seguradora poderá, respeitada 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.

_____, ____/____/____. _____
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

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39, Nºs Processos SUSEP: Seguro para Terceirização de Riscos EFPC - Faixa Etária 15414.614096/2022-17. 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 do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação a sua comercialização. O valor do prêmio do seguro já contempla o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF). Em atendimento à Lei 12.741/12, estão disponíveis no site <https://portal.icatuseguros.com.br/tributos> as informações relativas aos tributos incidentes, com o detalhamento das alíquotas e deduções estabelecidas em legislação específica.