

## ▲ NOSSO PRESENTE É CUIDAR DO SEU FUTURO

---

A Funpresp-Jud disponibiliza, após processo de licitação, a contratação da Cobertura Adicional de Risco (CAR) para a complementação do saldo de conta dos participantes, no caso de ocorrência de morte ou invalidez, nos termos da Instrução Previc 7, de 14 de novembro de 2018.

## ▲ A QUEM SE DESTINA?

---

Aos participantes do Plano JusMP-Prev.

Os participantes assistidos poderão contratar apenas a CAR para cobertura do evento morte.

Caso não seja participante ou tenha efetuado o cancelamento da inscrição é necessário o preenchimento da ficha de inscrição ao Plano JusMP-Prev, para posterior contratação da CAR.

## ▲ COMO PREENCHER

---

- Preenchimento manual, de forma legível.
- **Todos** os campos devem ser preenchidos.
- Preenchimento com uma única cor de caneta.

O formulário **não pode** conter **erros, omissões e rasuras** para evitar o reprocessamento ou negativa de adesão à CAR pela seguradora.

## ▲ ONDE ENTREGAR?

---

O formulário deverá ser entregue, na área de Gestão de Pessoas do patrocinador, que o encaminhará à Funpresp-Jud, via Portal do Patrocinador, **até o 5º dia útil** após o protocolo.

## ▲ COMO ACOMPANHAR?

---

O participante será informado sobre o andamento do processo.

Após o aceite da CAR pela seguradora, as informações estarão disponíveis no Portal do Participante, na aba serviços, dados pessoais, plano/empresa/beneficiários, bem como no extrato de contribuições.

A dinâmica da análise da contratação é a seguinte:

- 1º) O participante entrega o formulário ao patrocinador.
- 2º) O patrocinador terá o prazo de até o 5º dia útil para enviar o formulário à Funpresp-Jud.
- 3º) A Funpresp-Jud encaminhará o formulário à seguradora, que fornecerá à Funpresp-Jud o número de protocolo do documento em até 1 dia útil após o recebimento do formulário.
- 4º) Após o protocolo, a seguradora terá o prazo de até 15 dias corridos para realizar o aceite. Durante esse período, a seguradora também poderá recusar a proposta ou solicitar informações adicionais.
- 5º) Em caso de solicitação de informações adicionais pela seguradora, a contagem do prazo e a cobertura do risco ficarão suspensos.
- 6º) Em caso de aceite, a CAR estará ativa e os descontos aptos a serem realizados pela área de pagamento do Patrocinador.

## ▲ PARA MAIS INFORMAÇÕES

---

### Entre em contato:

sap@funprespjud.com.br

Tel: (61) 3217-6598

Número da Apólice <b>93.709.676</b>	Número Sub <b>0</b>	Estipulante <b>Funpresp-Jud</b>	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) <b>R\$</b>		É pessoa politicamente exposta? <sup>1</sup> <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 a contratação da Cobertura Adicional de Risco (CAR),** cujos valores estão disponíveis no sítio eletrônico da Funpresp-Jud, e **autorizo**, em caso de aceite do risco pela seguradora, os descontos das contribuições CAR, conforme segue:

Garantias	Capital segurado	Contribuição CAR
<input type="radio"/> Morte natural ou acidental (MQC)	R\$	R\$
<input type="radio"/> Invalidez permanente e total (IP)	R\$	R\$
<b>Total</b>		<b>R\$</b>

**DECLARO** estar ciente de que a contratação da CAR é facultativa e de que:

- a aceitação da proposta estará sujeita a análise do risco;
- caso ocorra o sinistro durante o prazo de análise do risco e a negativa do aceite do risco pela Seguradora, o valor do capital segurado somente será pago se a causa da morte ou da invalidez for diferente daquela que determinou o não aceite da CAR;
- caso ocorra o aceite do risco pela Seguradora:
  - a) o capital segurado será pago em caso de sinistro, inclusive se tiver ocorrido durante o prazo da análise do risco; e
  - b) o contrato 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;
    - 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 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 do capital segurado e da contribuição CAR, 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;
    - 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  $\frac{3}{4}$  (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](http://www.icatusseguros.com.br). Esta Proposta de Adesão está vinculada ao contrato de seguro em poder do Estipulante (Funpresp-Jud).

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS):** O preenchimento deve ser realizado pelo solicitante/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. 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.	<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 agravamento 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 inexatidões contidas acarretarão a perda do direito a coberturas contratadas, nos termos do art. 766 do Código Civil (*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 inexatidão será considerada como má-fé na contratação.

A Icatu 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 no prazo antes referido, a aceitação da proposta dar-se-á automaticamente. 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 Icatu 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.