**PROPOSTA DE ADESÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | | | | | | | | | | Sexo | | Estado Civil |
| Naturalidade/UF | | | Nacionalidade | | | | | | Data Nascimento | | | | | | CPF | |
| Cart.de Identidade nº | | Data Expedição | | | | Órgão Expedidor/UF | | Carteira Profissional / Série / UF | | | | | | | Profissão | |
| Filiação | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cônjuge | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | | | | Bairro | | | | | | |
| CEP | Cidade/Estado | | | | Fone: Fixo / Celular | | | | | E-mail | | | | | | |
| Residente no Brasil  **( )Sim ( )Não** | Aposentado  **( )Sim ( )Não** | | | Motivo  **( )Tempo de serviço ( )Idade ( )Invalidez** nInnadInvInvainvalidezzinv)invalidez)))invalide)inva)invalidezosentadoria por invalidez) | | | | | | | | Causa da aposentadoria por invalidez | | | | |
| **DADOS FUNCIONAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patrocinadora (Banese, Banese Corretora, Casse e Sergus) | | | | | | | Matrícula | | | | | | Data de Admissão | | | |
| Banco: | Agência - nº e nome**:** | | | | | | | | | | Conta Corrente - inclusive dígito | | | | | |

**Termo de Adesão**

Declaro ter recebido orientações sobre o Plano de Benefícios SERGUS CD, bem como o Material Explicativo, contendo o Estatuto Social do SERGUS, o Regulamento do Plano e as suas características, em linguagem simples e precisa.

Com base nessas informações, faço a seguinte opção:

**Desejo participar do Plano de Benefícios SERGUS CD**, de modo a tornar-me elegível aos seus benefícios, nos termos do respectivo Regulamento e, para tanto, requeiro minha inscrição no Plano.

X

**Contribuições**

Desejo contribuir mensalmente para o Plano de Benefícios SERGUS CD com o percentual abaixo indicado, incidente sobre o Salário de Contribuição (art. 20 do Regulamento), autorizando desde já o desconto em folha de pagamento da Patrocinadora, com a primeira contribuição a partir do mês\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ano  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Contribuição Normal:**  **\_**  % do Salário de Contribuição (mínimo de 4%).

Tenho ciência que a **Taxa de Carregamento** é obrigatória e tem por finalidade custear as despesas administrativas. O percentual da referida taxa é definido no Plano Anual de Custeio e incidirá sobre as Contribuições do Participante. O valor correspondente a esta Taxa será deduzida das Contribuições do Participante.

**Contribuição Adicional de Risco**

|  |
| --- |
| Dados da Apólice |

Nº da apólice vigente Estipulante N° do sub N° Módulo Início da vigência

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **93.705.822** |  | **INSTITUTO BANESE DE SEGURIDADE SOCIAL - SERGUS** |  | **-** |  | **MORTE E INVALIDEZ** |  |  |

O valor do Capital Segurado corresponderá a 15 Salários de Contribuição.

Tenho ciência que a **Contribuição Adicional de Risco** é obrigatória e tem por finalidade a cobertura adicional dos benefícios decorrentes de morte e invalidez permanente, conforme parágrafo 2º do Art. 20 do Regulamento do Plano de Benefícios SERGUS CD. A **Contribuição Adicional de Risco** na adesão, será equivalente a aplicação da fórmula: (((Salário de Contribuição x 15) x Fator Adesão) / 1000), conforme tabela abaixo:

* Tabela de Fator Adesão para o Produto Morte

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idade do Segurado | 18 – 50 anos | 51 – 60 anos | 61 – 65 anos | 66 anos | 67 anos | 68 anos | 69 anos | 70 anos |
| Taxa Mensal (‰) | 0,2553 | 0,5607 | 0,9180 | 1,2050 | 1,3220 | 1,4503 | 1,5927 | 1,7500 |

* Tabela de Fator Adesão para o Produto Invalidez

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idade do Segurado | 18 – 50 anos | 51 – 60 anos | 61 – 65 anos | 66 anos | 67 anos | 68 anos | 69 anos | 70 anos |
| Taxa Mensal (‰) | 0,1970 | 0,4290 | 0,8870 | 1,2530 | 1,4103 | 1,5897 | 1,7937 | 2,0263 |

A cada 12 (doze) meses de vigência da Apólice, os segurados que mudarem de faixa etária serão reenquadrados, mediante aplicação dos fatores de reajuste e será equivalente a aplicação da fórmula: ((((Salário de Contribuição x 15) x Fator Adesão) / 1000) x Fator Reenquadramento), conforme tabela abaixo:

* Tabela de Fator Reenquadramento para o Produto Morte

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idade atingida pelo Segurado | 18 - 50 anos | 51 - 60 anos | 61 - 65 anos | 66 anos | 67 anos | 68 anos | 69 anos | 70 anos | Acima 70 anos |
| Fator de reajuste | 1,0000 | 2,1962 | 1,6372 | 1,3126 | 1,0971 | 1,0970 | 1,0982 | 1,0988 | 1,115 |

* Tabela de Fator Reenquadramento para o Produto Invalidez

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idade atingida pelo Segurado | 18 - 50 anos | 51 - 60 anos | 61 - 65 anos | 66 anos | 67 anos | 68 anos | 69 anos | 70 anos | Acima 70 anos |
| Fator de reajuste | 1,0000 | 2,1777 | 2,0676 | 1,4126 | 1,1255 | 1,1272 | 1,1283 | 1,1297 | 1,115 |

O valor da contribuição adicional de risco não integrará o valor do resgate ou da portabilidade.

**Indicação de Beneficiários e Beneficiários Designados**

São beneficiários do Plano de Benefícios SERGUS CD o cônjuge, companheiro (a), filhos menores de 24 anos e filhos inválidos de qualquer idade. O Participante pode indicar livremente Beneficiários Designados, que concorrerão em condições de igualdade com os Beneficiários.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Data de Nascimento** | **Beneficiário ou**  **Beneficiário Designado** | **CPF** | **Parentesco** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Enquadramento como Pessoa Politicamente Exposta - PPE**

Segundo as regras de previdência complementar, considera-se Pessoa Politicamente Exposta o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus parentes na linha direta, até o primeiro grau, cônjuge, companheiro(a) e enteado(a), representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

|  |  |
| --- | --- |
| São Pessoas Politicamente Expostas brasileiras:  I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;  II - os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União: a) de ministro de Estado ou equiparado; b) de natureza especial ou equivalente; c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;  III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; | IV - os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;  V - os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;  VI - os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e  VII - os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado. |

Se você ou algum de seus familiares, representantes e/ou pessoas de seu relacionamento próximo, exerce ou exerceu nos últimos 5 (cinco) anos algum dos cargos descritos acima, informe abaixo:

Sim, eu me enquadro na condição de Pessoa Politicamente Exposta, ocupando o cargo de \_\_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e/ou meu(s) familiar(es), representante e/ou pessoa de meu relacionamento próximo, descrito(s) abaixo, se enquadra(m) na condição de pessoa politicamente exposta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome da pessoa politicamente exposta** | **Parentesco** | **Cargo ocupado** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Não, eu e meus familiares, representantes e/ou pessoas do meu relacionamento próximo, não nos enquadramos na condição de pessoa politicamente exposta.

**Declaro que as opções assinaladas neste Termo de Inscrição representam a manifestação de minha vontade e assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas ao SERGUS.**

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local/Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **HOMOLOGAÇÃO DA INSCRIÇÃO** | |
| Data | Assinatura da Diretoria do SERGUS |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÕES DO PROPONENTE** |

**Uma vez aprovada esta proposta pela Icatu Seguros S.A., declaro estar ciente e de acordo que:**

As coberturas do seguro vigorarão conforme definido no item Início de Vigência do Risco Individual, constante no contrato em poder do Estipulante. | 2. 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. | 3. Anualmente, na data de aniversário da apólice, o Capital Segurado e o prêmio serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice, pelo IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) divulgado pelo IBG-E (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedam o mês anterior ao aniversário. | 4. 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 ¾ (três quartos) do grupo segurado. | 5. 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. | 6. 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. Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir fatos que alterem a aceitação da proposta ou o valor do prêmio, o segurado estará obrigado ao pagamento do prêmio vencido e o direito à indenização ficará prejudicado | 7. A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco.

**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.**

Seguro de Vida administrado por Icatu Seguros S/A, CNPJ/MF 42.283.770/0001-39 • Nºs Processos SUSEP: Vida em Grupo Taxa Média: 15414.001273/2006-81 - Vida em Grupo Faixa Etária: 15414.001272/2006-36. Acidentes Pessoais Coletivo: 15414.002721/2006-63. Títulos de Capitalização modelo incentivo Icatu Capitalização S/A - CNPJ: 74.267.170/0001-73 • Processos SUSEP: 15.414.000312/2003-80, 15.414.002651/2004-81, 15.414.000311/2003-35, 15.414.002643/2004-35. 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 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.