

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Recursos Humanos
REGIME DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR – ADESÃO A PARCELA ADICIONAL DE RISCO
(Preenchimento Obrigatório)**

Nº

I – DETALHAMENTO DA PARCELA ADICIONAL DE RISCO

Proposta <input type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Atualização	Nº Proposta _____
--	--------------------------

Nº da Apólice: 93.710.598	Nome do Instituidor/ estipulante: RJPrev – Fundação de Previdência Complementar do Estado do RJ	Nº do Estipulante 64200	Nº do sub 0	Nº do módulo 1
-------------------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	--------------------------

GARANTIAS DO SEGURO	VALOR DO CAPITAL SEGURADO	VALOR DO PREMIO
<input type="checkbox"/> Morte	R\$ _____	R\$ _____
<input type="checkbox"/> Invalidez Total e Permanente	R\$ _____	R\$ _____
Total da Parcela Adicional do Risco		R\$ _____

Seguro de Vida administrado pela Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39. Terceirização de Risco EFPC - Faixa Etária - nº processo Susep: 15414.003237/2011-19. Beneficiário da PAR: RJPrev2

1 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. 2 O beneficiário das garantias de Morte e Invalidez Total e Permanente será a RJPrev. O valor da indenização pago à RJPrev será depositado na conta individual do participante para pagamento do benefício pela RJPrev, sob forma de renda, conforme indicado no Regulamento do Plano. 3 Em caso de contratação da Parcela Adicional de Risco, Preencher a Declaração de Saúde. 4 O valor total da parcela adicional de risco será acrescido de Taxa de Carregamento, conforme previsto no Plano Anual de Custeio do Plano de Benefícios MUNICÍPIOS-CD.

II – IDENTIFICAÇÃO:

Matrícula _____	Nome _____		
Cargo _____	É pessoa politicamente exposta? _____		
Município PREFEITURA MUNICIPAL DE ANGRA DOS REIS	Data da Posse _____	Remuneração Bruta _____	Vínculo _____
Endereço _____		Nº _____	
Complemento _____		Bairro _____	
Cidade _____		Estado _____	CEP _____
Data Nascimento _____	Peso _____	Altura _____	Banco BRADESCO
Agencia - Dígito _____		Conta Corrente - Dígito _____	
E-mail _____		Telefone _____	Celular _____
Contato _____		RG Nº _____	RG Emissão _____
CPF _____	RG Nº _____	RG Emissão _____	RG Órgão _____
RG UF: _____			

5 - Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco 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 seu relacionamento próximo. Para mais esclarecimentos sobre Pessoas Politicamente Exposta consulte <http://www.rjprev.rj.gov.br>

III – MANIFESTO MEU INTERESSE EM ADERIR AO PLANO DE BENEFÍCIOS MUNICÍPIOS-CD, CUJAS CONDIÇÕES E INFORMAÇÕES DOS BENEFÍCIOS PREVISTAS NO REGULAMENTO ME FORAM DISPONIBILIZADAS E DECLARO:

1. Ser verdadeiras as informações prestadas neste formulário de adesão, assumindo a responsabilidade pela atualização destas informações junto à RJPrev, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que houver solicitação da RJPrev. Declaro ter ciência que, conforme Art. 8º do Regulamento, a inscrição no Plano MUNICÍPIOS – CD é facultativa, de modo que a solicitação neste ato por minha livre e espontânea vontade. | 2. Ter conhecimento de que o teor do Estatuto da RJPrev, do Regulamento do Plano MUNICÍPIOS - CD e de material explicativo estão disponíveis no Portal da RJPrev e estou ciente de que o Certificado de Participante será enviado ao meu endereço de e-mail após o processamento de minha inscrição pela RJPrev. Autorizo, nos termos do art. 18 do Regulamento do Plano, o processamento dos descontos das contribuições em folha de salário. | 3. Ter ciência que a RJPrev é pessoa jurídica de direito privado e que a obrigação do Município do Rio de Janeiro, suas autarquias e fundações limita-se ao aporte das contribuições contratadas. | 4. Ter ciência que a contratação da Parcela Adicional de Risco é opcional e que a parcela de minha contribuição destinada ao seu custeio ("prêmio") não será devolvida e nem poderá ser objeto de resgate ou Portabilidade, dada a natureza das coberturas para os benefícios não programados. Declaro ainda ter ciência que o não pagamento do prêmio na data de seu vencimento, constitui-me em mora, independentemente de interposição e/ou notificação judicial ou extrajudicial. Caso o pagamento do(s) prêmio(s) não seja efetuado por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago, serei automaticamente 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 a RJPrev. | **5.** Ter ciência que o início de vigência do risco individual se dará no primeiro dia do mês seguinte ao deferimento da adesão do participante à Parcela Adicional de Risco pela RJPrev, desde que se enquadrem nas condições de aceitação previstas no Termo de Contrato de Risco em poder desta fundação. Autorizo ainda, nos termos do art. 18 do Regulamento do Plano, o processamento dos descontos das contribuições em folha de salários. | **6.** Ter ciência que a aceitação da Parcela Adicional de Risco está sujeita à análise de risco pela Seguradora. Declaro ter conhecimento que o Seguro referente à Parcela Adicional de Risco é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos. Caso a seguradora não tenha mais interesse em renovar a apólice, esta comunicará sua decisão a RJPrev, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. | **7.** Ter ciência de que os valores dos prêmios indicados no item IV deste Formulário de Adesão serão automaticamente reajustados, todo mês de outubro, em função da mudança da minha idade de acordo com a tabela de taxas constante no Termo de Repasse de Risco em poder da RJPrev. Declaro também ter ciência que, na mesma data, os valores de Capital Segurado e Prêmios 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 de agosto, conforme determinação da Susep através da Circular nº 255/2004. | **8.** 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 a RJPrev, 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. | **9.** Autorizo o débito automático de minhas contribuições no Banco Bradesco S.A, de acordo com os dados de agência e conta corrente acima informados.

IV – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE	SIM OU NÃO	JUSTIFICATIVA
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (audição, visão, etc.). Em caso afirmativo informe detalhes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Já foi submetido(a) a tratamentos quimioterápicos, radioterápicos, diálise, cirurgia, biópsia, punção ou internação hospitalar? Em caso afirmativo especifique qual(is), quando e o(s) motivo(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 - Faz uso regular de algum medicamento? Em caso afirmativo informar qual(is) medicamento(s) e a dose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Fuma ou fumou nos últimos três anos? Em caso afirmativo informar a frequência, a quantidade e o tipo (cigarro, charuto, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. Estou ciente de que são beneficiários do Plano, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Regulamento do Plano, as pessoas designadas pelo Participante ou Assistido inscritas no Plano de Benefícios, para fins de recebimento do Benefício por Morte do Participante ou Assistido. 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.

Código PDV <input type="text"/>	Consultor Responsável <input type="text"/>
---	--

Servidor/Empregado (Participante): ____/____/____ Angra dos Reis	Assinatura _____ Assinatura	RJPREV (Responsável pela Análise): ____/____/____ Rio de Janeiro	Assinatura/Carimbo _____ Assinatura/Carimbo
--	-----------------------------------	--	---

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 de 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.