

Proposta: <input checked="" type="checkbox"/> Nova <input type="checkbox"/> Atualização		Nº proposta:	Nº matrícula:	
Nome do Instituidor / Estipulante	Nº estipulante	Nº da apólice	Nº do sub	Nº do módulo

**QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE**

Nome completo			CPF	
Data de nascimento	Idade	Naturalidade	Nacionalidade	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Natureza doc. Identificação	Nº doc. identificação <sup>1</sup>	Órgão expedidor <sup>2</sup>	Data da expedição	
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União estável			Nome do cônjuge ou companheiro (a)	
Endereço residencial (Av. / Rua)			Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone
Profissão		Renda mensal	Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
E-mail		Pessoa politicamente exposta? <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Especificar:		
Aposentado <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Motivo <input type="checkbox"/> tempo de serviço <input type="checkbox"/> idade <input type="checkbox"/> invalidez		Causa da aposentadoria por invalidez	
Filiação				

- 1 - Se proponente estrangeiro utilizar o passaporte como documento de identificação.
- 2 - País expedidor, no caso de passaporte.
- 3 - 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, conforme definido na IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 445/2012.

**PLANO DE BENEFÍCIOS**

Plano	Vínculo		
Parentesco	Plano do Parente		
Benefício APOSENTADORIA	Idade estimada para entrada em benefício anos	Valor da contribuição (1) R\$	
Tributação <input type="checkbox"/> Alíquotas Progressivas <input type="checkbox"/> Alíquotas Regressivas Rubrica _____			

**DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DO PLANO<sup>4</sup>**

Nome completo	Data de nascimento	Afinidade <sup>5</sup>	Participação <sup>6</sup> %
Nome completo	Data de nascimento	Afinidade <sup>5</sup>	Participação <sup>6</sup> %
Nome completo	Data de nascimento	Afinidade <sup>5</sup>	Participação <sup>6</sup> %
Nome completo	Data de nascimento	Afinidade <sup>5</sup>	Participação <sup>6</sup> %

4 - Na ausência de designação de beneficiários, a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável. Para indicar beneficiários adicionais, anexar a esta proposta de adesão carta com os dados acima.

5 – A afinidade não deve ser caracterizada como “outros”.

6 - O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

### PARCELA ADICIONAL DO SEGURO DE VIDA – TERCEIRIZAÇÃO DE RISCO EFPC

Garantias <sup>7</sup>	Valor do Capital Segurado <sup>8</sup>	Valor do Prêmio <sup>8</sup>	Periodicidade
Morte	R\$	R\$	Mensal
Invalidez (IPTA + IFPD) <sup>9</sup>	R\$	R\$	Mensal

Seguro administrado pela Icatu Seguros S.A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, aprovado pela SUSEP sob o nº 154140032372011-19.

**Estas parcelas não são previdência e não acumulam para aposentadoria.**

7 – 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.

8 – Anualmente, na data de aniversário da Apólice, o Capital Segurado e o Prêmio 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 anterior ao aniversário. Além da atualização monetária, na mesma data, haverá reenquadramento do prêmio por faixa etária de acordo com a tabela de comercialização constante no contrato em poder do Estipulante, obedecendo as regras dispostas no Regulamento do Plano.

9 – O pagamento da indenização está condicionado à comprovação do quadro de invalidez total e permanente.

10 - O beneficiário das garantias de Morte, IPTA e IFPD será o Fundo Paraná. O valor da indenização pago ao Fundo Paraná será depositado na conta benefício do participante para pagamento pelo Fundo Paraná, sob forma de renda, conforme indicado no Regulamento do Plano.

### DADOS PARA PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES PARA PREVIDÊNCIA + RISCO

Dia do vencimento	Total da contribuição	Forma de pagamento		
	R\$	<input type="checkbox"/> Débito em conta	<input type="checkbox"/> Boleto bancário	<input type="checkbox"/> Desconto em folha
Nome do correntista (no caso de débito em conta)				CPF do correntista
Nº Banco	Nome do banco	Nº da agência	Nº da conta corrente	

### AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Autorizo o banco designado no anverso a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente são comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pelo Fundo Paraná ao banco. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para esta finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade, caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. Declaro-me ciente de que o banco poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo, ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização reservando-me adotar o mesmo procedimento quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade do FUNDO PARANÁ, ou do banco informado nesta proposta, pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e data

Assinatura do correntista

## PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor

Código Susep

Assinatura

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site <http://www.susep.gov.br>, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro ter recebido o estatuto do Fundo Paraná, bem como o regulamento e material explicativo do Plano de Benefícios Previdenciários. Declaro também que tive prévio e exposto conhecimento e estou de acordo com os termos das Condições Gerais do Seguro, disponibilizados no site <http://www.icatuseguros.com.br>, contratado pelo Fundo Paraná na Icatu Seguros, e por mim custeado, que determina como único beneficiário o FUNDO PARANÁ, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será do Fundo Paraná. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos e condições gerais, sabendo, desde já, que a aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

Estou ciente de que se o eu, meu representante ou meu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir fatos que alterem a aceitação da proposta ou o valor do prêmio, o estarei obrigado ao pagamento do prêmio vencido e o direito à indenização ficará prejudicado.

Caso o segurado não efetue o pagamento dos prêmios por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago, este será excluído da apólice. Se durante o período de tolerância (60 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 ao(s) beneficiário(s).

A não observância da data limite para pagamento do prêmio ensejará, por parte da Icatu Seguros, a cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês *pro rata* dia.

O 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 Fundo Paraná, mediante aviso prévio, de no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

O início da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data do protocolo de recebimento, pela Icatu Seguros, na proposta de adesão desde que as condições de aceitação descritas para o grupo tenham sido atendidas.

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 Fundo Paraná, 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  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

Estou ciente que poderei entrar em contato com a Icatu Seguros através do Sac 0800 286 0110 ou se preferir através da CRC: 0800 285 3000

Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas nesta proposta são certas, completas e verdadeiras e estou ciente de que quaisquer omissões intencionais ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Icatu Seguros informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional.

Comprometo-me a informar ao Fundo Paraná a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 26/2008 e Circular SUSEP nº 445/2012.

**DECLARO** que exerço a opção de tributação assinalada no campo TRIBUTAÇÃO, e estou ciente do caráter irrevogável e irretroatável desta, conforme legislação vigente.

Concordo em receber eletronicamente o Relatório Anual com informações do Plano, o boleto bancário mensal de cobrança (caso seja essa a forma de pagamento escolhida), bem como autorizo a utilização do meu endereço eletrônico para envio de demais informações e documentos relacionados ao Plano.

SIM  NÃO

Local e data

CPF do proponente

assinatura do proponente e/ou responsável em caso de proponente total ou parcialmente incapaz

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE** (exclusivo para quem contratar o seguro)

(responder com "sim" ou "não", por extenso, de próprio punho, justificando quando necessário)

	Titular	Observação
1. Encontra-se com algum problema de saúde? Se sim, qual(is)?		
2. Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças gástricas ou intestinais, doenças do sangue, doenças neurológicas, doenças do fígado, doenças renais ou algum outro tipo de doença? Se sim, qual(is)?		
3. Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia ou punção nos últimos cinco anos? Se sim, qual(is)?		
4. Foi submetido(a) a qualquer outro tipo de internação hospitalar nos últimos cinco anos? Se sim, qual(is) e o motivo:		
5. É ou foi portador(a) de doenças infectocontagiosas e/ou sexualmente transmissíveis ? Se sim, qual(is)?		
6. Sofre ou já sofreu de algum tipo de câncer? Se sim, quais?		
7. Já foi submetido(a) a tratamento quimioterápico, radioterápico ou de diálise? Se sim, especifique qual e quando:		
8. Faz uso diário ou habitual de medicamentos? Se sim, informe os medicamentos, suas doses e frequência do uso:		
9. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, qual(is)?		
10. Fuma ou fumou nos últimos três anos? Se sim, informar a frequência do consumo (diário, semanal,...) e quantidade.		
11. Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana? Se sim, informar o tipo de bebida, a quantidade e a frequência do consumo.		
12. Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador? Se sim, especifique:		
13. É aposentado(a) por qualquer Órgão de previdência oficial? Se sim, qual e por que motivo?		
14. Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida e/ou acidentes pessoais? Se sim, cite a seguradora e o capital segurado.		
15. Exerce alguma profissão ou atividade a bordo de aeronaves de linha aéreas não-comerciais? Se sim, especifique.		

---

 Local e Data

---

 Assinatura do proponente e/ou responsável em caso de proponente total ou parcialmente incapaz

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A Icatu Seguros S/A tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada abaixo pelo relógio protocolo, 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.

## OPÇÃO PELO PERFIL DE INVESTIMENTO

Estou ciente que os recursos serão realocados em janeiro de cada ano, mediante formalização prévia entre os meses de setembro à novembro, conforme disposto no Regulamento do Plano, e que a não formalização implicará na automática autorização para que os recursos sejam investidos de acordo com o Projeto **FASES DA VIDA**, conforme abaixo:

FASES DA VIDA	
CARREIRA	Perfil <b>AGRESSIVO</b> , para faixa etária entre 18 até 39 anos de idade;
MATURIDADE	Perfil <b>MODERADO</b> , para faixa etária de 40 até 49 anos de idade; e
SOSSEGO	Perfil <b>CONSERVADOR</b> , para faixa etária a partir de 50 anos de idade.

No Projeto FASES DA VIDA, os recursos dos Participantes abaixo de 18 anos de idade serão automaticamente alocados no Perfil MODERADO, conforme disposto no Regulamento do Plano.

No Projeto FASES DA VIDA, os recursos dos Assistidos e Resgates Parcelados serão automaticamente alocados no Perfil CONSERVADOR, conforme disposto no Regulamento do Plano.

No Projeto FASES DA VIDA, a realocação do patrimônio previdenciário será feita automaticamente no mês de janeiro do ano subsequente ao ano em que se completa a idade da outra faixa.

**FASES DA VIDA**

Alocação automática, conforme faixa etária.

**AGRESSIVO**

Meta de alocação com maior exposição em renda variável.

**MODERADO**

Meta de alocação com menor exposição em renda variável.

**CONSERVADOR**

Meta de alocação sem exposição em renda variável.

**DECLARO QUE**, na qualidade de TITULAR ou de TUTOR da conta, estou plenamente ciente que a opção pelo perfil de investimento acima formalizado poderá implicar tanto para ganhos como para perdas financeiras no decorrer do tempo de aplicações, em vista da volatilidade do mercado financeiro.

**DECLARO**, também, que recebi dos técnicos do Fundo Paraná todas as informações necessárias para minha tomada de decisão quanto aos três perfis de investimentos oferecidos, inclusive sobre o meu enquadramento no FASES DA VIDA caso não formalize o Perfil desejado.

**DECLARO**, também, que estou ciente que o Fundo Paraná, através de sua Política de Investimentos disponibilizada no site, passará a investir meus recursos em conformidade com a minha opção formalizada e poderá, eventualmente, alterar os percentuais de alocação dos recursos em Renda Fixa e Renda Variável, dentro dos limites da banda máxima e mínima previstos para o Perfil, ficando isento de quaisquer responsabilidades de riscos externos em decorrência de fatores adversos e governamentais que venham a ocorrer no mercado financeiro.

**DECLARO** estar ciente que rentabilidades passadas não são garantia de rentabilidades futuras.

Ciente das informações recebidas e de acordo com as declarações acima por mim prestadas e demais atos legais, assino a presente opção em duas vias de igual teor e declaro, para os devidos fins, que são fiéis e verdadeiras as informações acima e que estou ciente das penalidades impostas por lei na omissão de informações, tanto na falta, como na inclusão indevida de dados cadastrais.

## FATCA - "FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT"

A FATCA é uma Lei Norte Americana que visa combater a evasão fiscal dos EUA em relação a rendimentos e outros ganhos de investimentos feitos fora dos EUA por cidadãos Norte Americanos e a cidadãos estrangeiros com obrigações fiscais nos EUA, designados US Person. O governo brasileiro assinou acordo para a troca de informações com a Receita Federal Americana.

- Cidadania Norte Americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos;
- Residente Fiscal nos EUA, ou seja, possua Green-Card e que possa se tornar um residente permanente legal;
- Presença física substancial nos Estados Unidos para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente ou 183 dias nos últimos três anos.

É caracterizado como uma Pessoa dos EUA - "U.S.Person"?  sim  não

\* Se a resposta for SIM, preencha o formulário específico.

\* Comprometo-me a informar ao Fundo Paraná, em até 10 dias, qualquer alteração nas informações prestadas.

Local e Data

Assinatura do proponente e/ou responsável em caso de proponente total ou parcialmente incapaz

## PARA USO DO FUNDO PARANÁ

Protocolo de Recebimento

Data  Seguro de Risco  Compliance

DE ACORDO

Local e Data

Diretoria