

DADOS DO SEGURADO

Segurado:				
CPF:	Data de Nascimento:	Estado Civil:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Endereço:				
Número:	Complemento:	Bairro:	UF:	CEP:
Cidade:				
Telefone(s):		E-mail:		

BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE ou MORTE ACIDENTAL

Nome	Parentesco	Rateio (%)

DADOS DO SEGURO (assinale o plano desejado)

Planos disponíveis	<input type="checkbox"/> Plano 01	<input type="checkbox"/> Plano 02
Morte Acidental	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00
Invalidez Permanente Total por Acidente	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00
Telemedicina Saúde 24h e desconto em medicamentos (1)	Familiar	Familiar
Assistência Funeral Individual (1)	Não há	Contratada
Sorteio Mensal no valor bruto de	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00
Prêmio Mensal Líquido de IOF		
IOF (0,38%)		
Prêmio Mensal com IOF		

(1) Para consultas médicas, descontos em medicamentos e funeral por acidente, o direito a utilização inicia após carência de 24 horas da data de emissão deste Bilhete de Seguro, para funeral por morte natural o direito inicia após carência de 90 dias e se encerra ao atingir 70 anos.

DADOS DE COBRANÇA DO PRÊMIO MENSAL

Vcto 1ª parcela

☒ - Desconto em folha - Órgão Consignante: SINAB

___/___/___

DADOS DA VIGÊNCIA DO SEGURO

Início: às 24 horas do dia do pagamento do 1º prêmio mensal, ___/___/___ e Término: às 24 horas do dia ___/___/___

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES (fornecidas no momento da contratação)

Estou ciente que as Condições Gerais do Produto, Especiais de cada Cobertura, e a descrição das Assistências estão disponíveis na íntegra no site da Facta Seguradora S/A, para serem impressas e/ou consultadas a qualquer momento.

Autorizo a Facta Seguradora S/A, a realizar a cobrança mensal do prêmio do plano contratado através da forma de cobrança por mim escolhida. Também autorizo a Facta Seguradora S/A, compartilhar meus dados pessoais com seus fornecedores e parceiros, envolvidos na prestação dos serviços de assistência, de capitalização e de cobrança, relacionados com o plano contratado, bem como, a utilizar meu endereço, e-mail e telefone, para me enviar de informações, sempre que for necessário.

Declaro que ouvi atentamente as explicações sobre as coberturas, serviços e sorteio mensal deste Bilhete, tendo compreendido seu conteúdo e estando ciente das condições, direitos e obrigações que assumi nesta contratação.

Local e data de emissão: Documento assinado digitalmente

Data e hora da assinatura: (Ligação gravada)

A SEGURADORA REPRESENTADA POR SEUS PROCURADORES, ASSINA ESTE BILHETE DE SEGURO

Local e data:



Everton Rosa – Diretor
Facta Seguradora S/A

Intermediário	Nome	CPF / CNPJ	Código SUSEP	Telefone ou SAC	Rem %
Corretor	Facta Corretora de Seguros LTDA	17.286.500/0001-34	202037518		0,01
Representante		CNPJ	não há	0800	19,99

CANAIS DE ATENDIMENTO (segunda à sexta-feira das 10h às 16h)

SAC: 0800-942-0462 ou 51-3191-7318 - Deficientes Auditivos: 0800 500 4004 - Ouvidoria: 0800-300-6666

DISPOSIÇÕES GERAIS

1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização aos beneficiários do segurado na ocorrência de um dos eventos cobertos pela cobertura contratada, exceto se decorrente de riscos excluídos, observado o limite do Capital Segurado e respeitadas as Condições Contratuais.
2. O segurado poderá escolher livremente seus beneficiários através de indicação no Bilhete. Não havendo indicação, a indenização será paga conforme legislação em vigor.
3. Somente poderão contratar as coberturas oferecidas nos bilhetes deste plano de microsseguro as pessoas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos.
4. **CARÊNCIA:** Não há carência para as coberturas deste Plano de microsseguro, exceto a carência legal prevista para o caso de suicídio.
5. **FRANQUIA:** Não há franquia para as coberturas deste Plano de microsseguro.
6. **RISCOS EXCLUÍDOS** - Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de: a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal de qualquer deles; b) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura; c) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente; d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e) danos e perdas causados por atos terroristas; f) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha; revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.
7. Além das exclusões descritas no item 6 deste descritivo, não estão cobertas as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto; acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto; acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.
8. **DOCUMENTAÇÃO PARA O RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO** – O prazo máximo para o pagamento da indenização é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à Seguradora ou seu representante. Os documentos necessários à liquidação de sinistros são os abaixo listados e deverão ser encaminhados à Seguradora em vias originais ou cópias autenticadas:
 - a) Cobertura de Morte Acidental: Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado; Certidão de Óbito do Segurado; Boletim de Ocorrência Policial, se houver; Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; Documento de identificação do(s) beneficiário(s);
 - b) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal; Documento de Identificação do Segurado; Boletim de Ocorrência Policial, se houver; Carteira Nacional de Habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo Segurado; Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.
- 8.1 A invalidez permanente total por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.
9. **ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO MENSAL:** O não pagamento do prêmio da segunda parcela em diante, acarretará aplicação do prazo de tolerância de até 30 (trinta) dias, sendo que, a ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância implicará no pagamento da indenização deduzido o valor da parcela atrasada. Permanecendo a inadimplência após o término do prazo de tolerância, acarretará o cancelamento automático do bilhete de microsseguro.
10. No Plano Familiar da Telemedicina Saúde 24h e desconto em medicamentos, o segurado poderá ligar no SAC Saúde 24h e indicar mais 3 (três) pessoas para utilizarem este benefício, que não precisam ser parentes, e sem limite de idade. O segurado e as pessoas por ele indicadas tem direito ao atendimento médico por videochamada através do aplicativo Doutor 24h ou via web por link de acesso, podendo agendar um horário ou consultar na hora, bem como o direito a descontos de até 60% em medicamentos de marca ou genéricos nas farmácias credenciadas. SAC Saúde 24h: **0800-888-9505**.
11. Assistência Funeral Individual: Em caso de falecimento do segurado, disponibiliza aos familiares através do **0800-001-1900**, equipe de profissionais para assessorá-los nas providências administrativas e homenagens póstumas relacionadas com o falecimento do segurado.
12. Sorteio Mensal: O segurado receberá sem qualquer custo adicional, a partir do início de vigência do seguro, um NÚMERO DA SORTE informado no Bilhete de Seguro que irá habilitá-lo a concorrer mensalmente a 1 (um) sorteio pela Loteria Federal do Brasil. Os sorteios serão realizados no último sábado de cada mês subsequente ao vencimento do prêmio do seguro.

A Facta Seguradora S/A doravante denominada Promotora, é proprietária de Títulos de Capitalização, na modalidade incentivo, emitidos e administrados pela Icatu Capitalização S/A, inscrita sob o CNPJ 74.267.170/0001-73, aprovados pela SUSEP conforme Processo 15414.900362/2019-26, válido em território nacional. **A transferência ao Segurado refere-se, exclusivamente, ao direito de participação no sorteio**, sendo que para ter o direito a receber o valor do sorteio, o segurado cujo NÚMERO DA SORTE for contemplado deverá estar rigorosamente em dia com o pagamento das parcelas do prêmio deste seguro vencidas antes da data do sorteio.

Após a comunicação do sorteio, o prêmio estará disponível para pagamento pelo prazo prescricional em vigor, o qual, atualmente é de 5 (cinco) anos, conforme previsto no Código Civil de 2002. De acordo com a legislação vigente, sobre o valor do sorteio haverá incidência de 25% de IR.

A aprovação deste título pela SUSEP não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação à sua aquisição, representando, exclusivamente, sua adequação às normas em vigor. SAC Icatu Capitalização **0800 286 0116**. Ouvidoria Icatu Capitalização **0800 286 0047**. Leia o Regulamento completo disponível em: <http://www.factaseguradora.com.br>.
13. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados É a Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. O registro do plano deste seguro na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação e sua comercialização. No portal da SUSEP podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) plano(s) de seguro do bilhete contratado através do link <http://www.susep.gov.br/menu/servicos-ao-cidadao/sistema-de-consulta-publica-de-produtos>. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br, sendo o atendimento ao público da SUSEP pelo **0800-021-8484** (dias úteis, das 9:30 às 17:00).
14. O segurado poderá utilizar a plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados, através do link <http://www.consumidor.gov.br>