

**DADOS DO SEGURADO**

Segurado:

CPF:	Data de Nascimento:	Estado Civil:	Sexo: M[ ] F[ ]
------	---------------------	---------------	-----------------

Endereço:

Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone(s):	E-mail:	

**BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE ou MORTE ACIDENTAL**

Nome	Parentesco	Rateio (%)

**DADOS DO SEGURO**

Garantia do Seguro	Capital Segurado	Prêmio Mensal com IOF	IOF	Prêmio Mensal Líquido de IOF
Morte Acidental				

**DADOS DE COBRANÇA DO PRÊMIO MENSAL (assinalar a opção desejada)**

[ ] Opção 01 - Débito em Conta Corrente	[ ] Opção 02 - Cartão de Crédito	[ ] Opção 03 - Desconto em folha
Banco:	Agência:	Bandeira do Cartão:
Conta N°:	Dígito N°:	Validade do Cartão:

**DADOS DA VIGÊNCIA DO SEGURO**

Vcto 1<sup>a</sup> parcela

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 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 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 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.

**Declaração se analfabeto ou impedido de assinar:** Declaro que ouvi atentamente a leitura deste Bilhete, na presença das testemunhas abaixo, tendo compreendido seu conteúdo e estando ciente das condições e obrigações que assumi nesta operação. O a rogo do Segurado assina rogado:

Local e data:	Documento assinado digitalmente	Polegar direito do Segurado
Data e hora da assinatura:		

**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 - SAC	Rem %
Corretor	Facta Corretora de Seguros LTDA	17.286.500/0001-34	202037518		0,01
Representante		CNPJ	não há	0800	com

**CANais DE ATENDIMENTO**

**SAC: 0800-942-0462 ou 51-3191-7318** (segunda à sexta-feira das 10h às 16h) **Ouvicoria: 0800-333-6666** (segunda à sexta-feira das 10h às 16h)

## DISPOSIÇÕES GERAIS

- 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.
- O segurado poderá escolher livremente seus beneficiários através de indicação no Bilhete. Não havendo indicação, a indenização será paga conforme legislação em vigor.
- Somente poderão contratar as coberturas oferecidas nos bilhetes deste plano de microseguro as pessoas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos.
- CARÊNCIA:** Não há carência para este Plano de microseguro, exceto a carência legal prevista para o caso de suicídio.
- FRANQUIA:** Não há franquia para este Plano de microseguro.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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 microseguro.
- 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](http://www.susep.gov.br), sendo o atendimento ao público da SUSEP pelo **0800-021-8484** (dias úteis, das 9:30 às 17:00).
- 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>