

**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 (assinalar o plano desejada)**

Planos disponíveis	[ ] Plano 01	[ ] Plano 02	[ ] Plano 03	[ ] Plano 04	[ ] Plano 05
<b>Morte</b>	Não há	Não há	Não há	Não há	R\$ 2.500,00
<b>Morte Acidental</b>	R\$ 5.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
<b>Invalidez Permanente Total</b>	R\$ 5.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 30.000,00
<b>Telemedicina Saúde 24h e desconto em medicamentos</b>	Individual	Familiar	Familiar	Familiar	Familiar
<b>Assistência Funeral Individual (1)</b>	Não há	Não há	Contratada	Contratada	Contratada
<b>Assistência PET (Animal Doméstico)</b>	Não há	Não há	Contratada	Contratada	Contratada
<b>Assistência Residencial (2)</b>	Não há	Não há	Contratada	Contratada	Contratada
<b>Sorteio Mensal no valor bruto de</b>	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
<b>Prêmio Mensal Líquido de IOF</b>	R\$ 24,81	R\$ 34,77	R\$ 44,73	R\$ 64,65	R\$ 89,56
<b>IOF (0,38%)</b>	R\$ 0,09	R\$ 0,13	R\$ 0,17	R\$ 0,25	R\$ 0,34
<b>Prêmio Mensal com IOF</b>	R\$ 24,90	R\$ 34,90	R\$ 44,90	R\$ 64,90	R\$ 89,90

(1) O direito a utilização se inicia após carência de 24 horas para morte acidental e 90 dias para morte natural, e se encerra ao atingir 70 anos;

(2) O direito a utilização se inicia após carência de 48 horas.

**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:

Vcto 1ª 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, 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.

**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	NOME	CNPJ	não há	0800	com

**CANAIS DE ATENDIMENTO**

SAC: 0800-942-0462 ou 51-3191-7318 (segunda à sexta-feira das 10h às 16h) Ouvidoria: 0800-300-6666 (segunda à sexta-feira das 10h às 16h)

## 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 microseguro as pessoas com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 80 (oitenta) anos.
4. **CARÊNCIA:** Não há carência para este Plano de microseguro, exceto a carência legal prevista para o caso de suicídio.
5. **FRANQUIA:** Não há franquia para este Plano de microseguro.
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 descriptivo, 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 ou 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).
9. **ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÉMIO 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.
10. **Saúde 24h:** No Plano Individual disponibiliza ao Segurado atendimento médico por videochamada através do aplicativo Doutor 24h ou via web por link de acesso, podendo agendar um horário ou consultar na hora. O Segurado terá também descontos de até 60% em medicamentos de marca ou genéricos nas farmácias credenciadas. No Plano Familiar 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. SAC Saúde 24h: **0800-888-9505**.
11. **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>.
12. **Assistências:** O segurado tem direito apenas aos serviços das assistências contidas no plano escolhido no momento da contratação, sendo:
  - **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.
  - **Assistência Residencial:** disponibiliza ao segurado através do **0800-001-1900**, acesso a profissionais capacitados para atender imprevistos e realizar reparos causados por pane elétrica, entupimentos, conserto de fechaduras e outros contratemplos domiciliares, sendo: Chaveiro, Encanador, Eletricista.
  - **Assistência PET (Animal Doméstico):** disponibiliza ao Segurado através do **0800-717-3333** ou do WhatsApp **11-3288-2526** o acesso a serviços para seu PET, em caso de urgência e emergência, sendo: consulta veterinária, transporte para clínica veterinária, atendimento ambulatorial, funeral, bem como serviços de conveniência como envio de ração, leva e traz para banho e tosa, e indicação de local para banho e tosa na região da residência do segurado
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](http://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>