Proteção de Risco – PBCD
Seguro Opcional

03 Agosto 2026

Roteiro

- Como funciona a proteção de risco no PBCD?
- Onde entra a cobertura adicional opcional (seguro)?
- Quais são as principais características do seguro?
- Como avaliar se essa alternativa faz sentido para cada participante?
- Como utilizar a calculadora online?
- Como realizar a contratação, caso haja interesse.

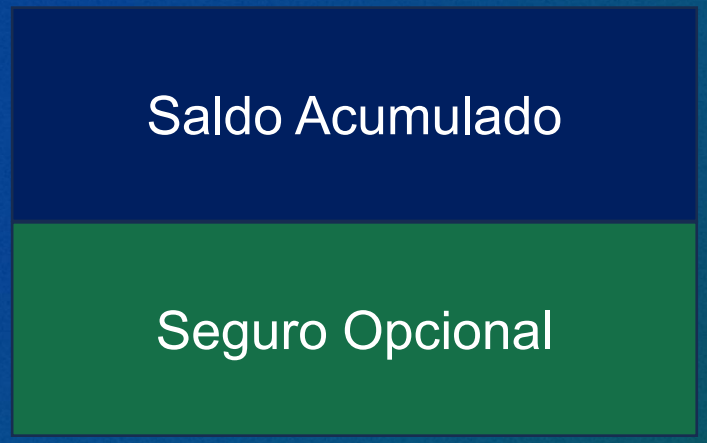
Proteção de Risco no PBCD

i. Aposentadoria por Invalidez

ii. Pensão por Morte

Benefícios de Risco Invalidez e Morte

As duas camadas de Proteção



Seguro Opcional: uma proteção complementar

- A contratação é facultativa
- O capital segurado contratado se soma à estrutura de proteção do PBCD
- A cobertura é oferecida por seguradora terceirizada
- A FAPES atua na intermediação da solução para os participantes.

Principais características do seguro opcional

- Cobertura de morte e invalidez permanente
- Capital segurado escolhido pelo participante, dentro dos limites disponíveis
- Custo conforme idade e valor contratado
- Contratação individual
- Regras definidas nas condições do seguro
- Pagamento condicionado aos eventos cobertos e às regras contratuais
- Forma de pagamento de benefício

A FAPES realizou um processo de seleção de seguradoras para viabilizar a oferta da cobertura adicional aos participantes do PBCD.

Seleção da Seguradora

- Foram avaliadas alternativas de mercado
- A análise considerou preço, condições de cobertura e aderência à estrutura pretendida.
- A Icatu apresentou a proposta mais adequada para a oferta da cobertura adicional.

Condições de Cobertura

- Eventos cobertos
  - Acidental
  - Natural
- Limites de cobertura
  - Faixa etária de 14 a 75 anos
  - Capital mínimo de R$ 100.000,00
- Restrições
  - Até 65 anos: máximo de R$3.500.000,00
  - Acima de 65 anos: máximo de R$300.000,00
- Regras de contratação e manutenção seguem as regras da Seguradora e SUSEP

Qual o Custo do Seguro?

	Idade em Anos						
Taxas por mil (‰)	14 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65
Morte	0,1038	0,1431	0,1986	0,2927	0,4567	0,7442	1,2145
Invalidez	0,0766	0,0943	0,1302	0,2006	0,3381	0,6016	1,1083

	Idade em Anos						
Taxas por mil (‰)	66	67	68	69	70	71	72
Morte	1,5472	1,7251	1,9235	2,1447	2,3913	2,6663	2,9729
Invalidez	-	-	-	-	-	-	-

	Idade em Anos		
Taxas por mil (‰)	73	74	75
Morte	3,3148	3,6960	4,1210
Invalidez	-	-	-

Como avaliar se a cobertura faz sentido

Perguntas que ajudam na decisão

Antes de contratar, o participante pode refletir:

- Minha família depende da minha renda?
- Tenho filhos, cônjuge ou outros dependentes econômicos?
- Tenho outras proteções contratadas?
- O saldo acumulado seria suficiente para minha realidade?
- Qual custo mensal cabe no meu orçamento?
- Por quanto tempo essa proteção adicional seria importante para minha família?

Calculadora de apoio à decisão

Como Contratar?

- A contratação é realizada pelo Portal de Serviços
- É necessário o preenchimento da proposta e da DPS - Declaração Pessoal de Saúde

Na área logada, acessar o card específico:



INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

Nenhuma solicitação de cobertura de risco adicional ativa.

Nome

Matrícula

Data de Nascimento

Limite mínimo para capital segurado disponível

R$100.000,00

Limite máximo para capital segurado disponível

R$3.500.000,00

Cobertura por invalidez

Cobertura por morte

MINHAS SOLICITAÇÕES

SOLICITAR/SIMULAR

Nenhuma solicitação encontrada.

Clique aqui para solicitar ou simular uma nova cobertura.

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que li e estou ciente dos TERMOS E CONDIÇÕES.

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

DPS - Declaração Pessoal de Saúde
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 acarretarão a perda do direito às coberturas contratadas, nos termos do Art. 44 da Lei nº 15.040.

Estou ciente ainda de que, para a aceitação desta proposta, a Seguradora baseou-se rigorosamente nas informações aqui prestadas sobre minha saúde, motivo pelo qual qualquer omissão ou inexatidão poderá caracterizar má-fé na contratação.

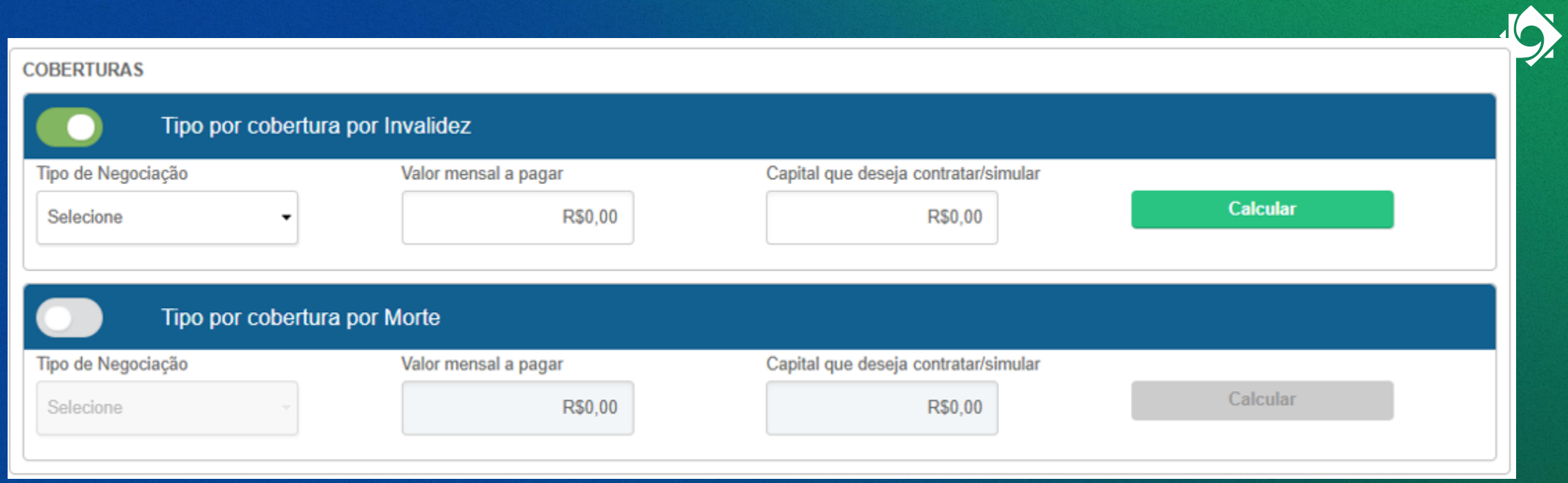
Art. 44.O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

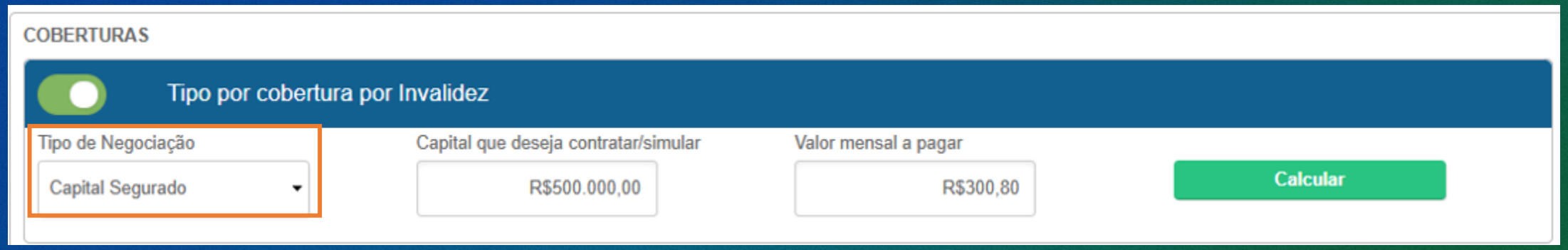
A Icatu Seguros S.A. tem o prazo de até **15 (quinze) dias**, contados da data registrada no protocolo, para manifestar-se em relação à recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados todos os documentos ou dados solicitados.

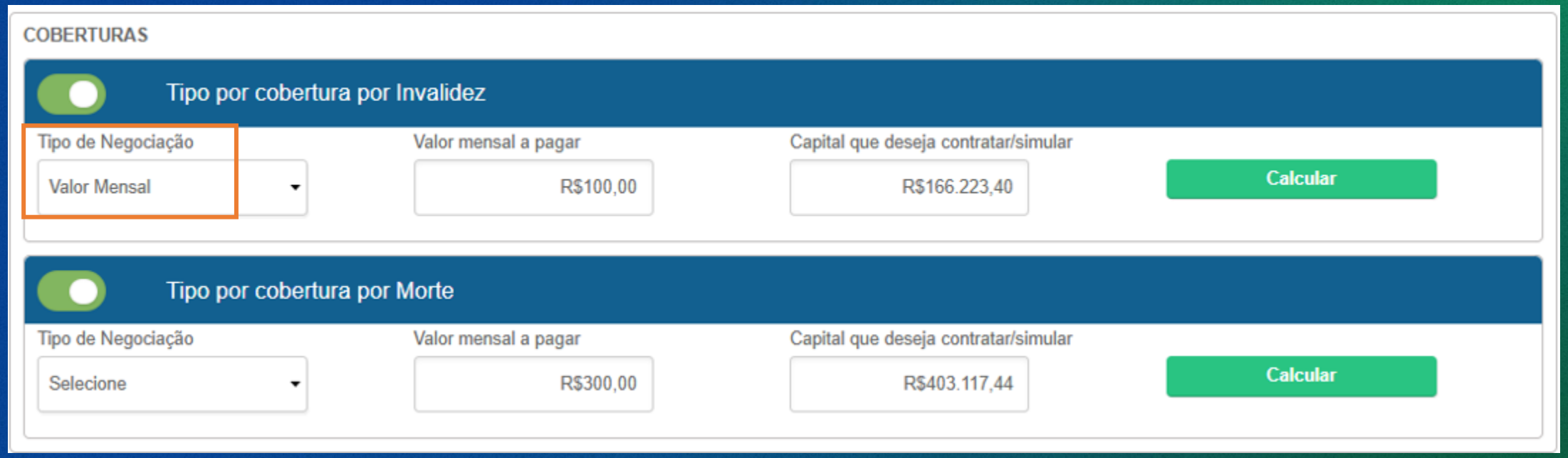
Caso não haja manifestação de recusa desta proposta por parte da Icatu Seguros S.A. no prazo antes referido, a aceitação da proposta dar-se-á automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, a Icatu Seguros S.A. devolverá o valor do prêmio já quitado, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a legislação vigente.

Rejeitar

Aceitar


COBERTURAS
Tipo por cobertura por Invalidez
Tipo de Negociação
Selecione
Valor mensal a pagar
R$0,00
Capital que deseja contratar/simular
R$0,00
Calcular
Tipo por cobertura por Morte
Tipo de Negociação
Selecione
Valor mensal a pagar
R$0,00
Capital que deseja contratar/simular
R$0,00
Calcular


COBERTURAS
Tipo por cobertura por Invalidez
Tipo de Negociação
Capital Segurado
Capital que deseja contratar/simular
R$500.000,00
Valor mensal a pagar
R$300,80
Calcular


COBERTURAS
Tipo por cobertura por Invalidez
Tipo de Negociação
Valor Mensal
Valor mensal a pagar
R$100,00
Capital que deseja contratar/simular
R$166.223,40
Calcular
Tipo por cobertura por Morte
Tipo de Negociação
Selecione
Valor mensal a pagar
R$300,00
Capital que deseja contratar/simular
R$403.117,44
Calcular

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Perguntas	Respostas		Em caso afirmativo, especificar
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)? *	○ Sim	○ Não	
2) É portador de alguma deficiência de órgãos, membros ou sentidos (audição, visão, etc.). Em caso afirmativo informe detalhes. *	○ Sim	○ Não	
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. *	○ Sim	○ Não	
4) Já foi submetido(a) a tratamentos quimioterápico, radioterápico, diálise, cirurgia, biópsia, punção ou internação hospitalar? Em caso afirmativo especifique qual(is), quando e o(s) motivo(s). *	○ Sim	○ Não	
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). *	○ Sim	○ Não	

Solicitar

Perguntas e Respostas


FAPES