

# Saiba como contratar o Seguro de Vida e Invalidez pelo Espaço Cliente



Para contratar o Seguro de Vida e Invalidez da EnergisaPrev é muito simples.

Primeiro, acesse a sua área restrita do site - Espaço Cliente, com o seu login e senha.



Benefícios, que se encontra na parte superior da tela. Em seguida clique em **Benefício de Risco**.

02

Olá Henrique!		C Realize	seu sonho!			
💭 Seu patrimônio	Ø	Você já possui u crédito aprovad	um lo de	R\$ 20.000,00		
Reserva acumulada 🛛 🛛 🕅	\$ 23.931,58		E	Escolha o valor desejado:		
Plano contratado	Energisa CD	R\$ 5.000,00	R\$ 10.000,00	Outro Valor 🖉	Provide and	
Benefício mensal:		R\$ 15.000,00	R\$ 20.000,00			BOLSO
Creditado em	01/09/2022					
Valor bruto	R\$ 5.000,00		Selecion	e o tipo de taxa de juros:		
Deduções	R\$ 500,00	PRE FIXADA. I.	<u>20% A.m.</u> 0 PO	15. IPCA+0,00% A.M.	Autoatendim	ento
Valor creditado	R\$ 4.500,00		Es	colha em quantas vezes:	Mais opções da funda	ição para você
🕴 Rentabilidade do seu	u plano	24X 60X	36X 120X	Outra Opção 🖉 	~	
Setembro/2022	0,90%				Prova de vida	Histórico de contribuição
Agosto/2022	0,80%	Primeira parc	ela:	R\$ 315,36		
Julho/2022	0,93%	Primeiro veno	cimento:	30/10/2022	0	
O acumulado em 2022 é	7,00%					
O acumulado em 2021 doi de	12,00%		CONTRATAR		Informes	Fale conosco

### Preencha o formulário com os seus **dados pessoais** e clique em **avançar** para a próxima tela.

sta Seguro/Benefício de Risco	
Image: Perfil       Image: Perfil<	
Nome completo Data de Nascimento	
Escreva seu nome dd/mm/aaaa	
CPF         RG         Natureza do RG           000.000.000-00         00.000.000-0         -	
Órgão expedidor     Expedição       xx-xxx     xx-xxx	
Sexo         Peso (kg)         Altura (m)                 M               O,0 kg               0,0 m	



## Informe o seu **endereço** e os **dados para contato**. Depois, é só **avançar**.

		PREVIDÊNCIA EMPRÉSTIMO ATEN	DIMENTO MAIS BENEFÍCIOS ENERGI	ISE SEU BOLSO	
	Proposta Seguro/Benefício de	Risco     (5)     (2)     Endereço e contato     (7)     Endereço residencial	A. Declaração     pessoal de saúde     5. Termos		
	000.00-000 Número 000	Complemento Apto 748			
	Bairro Bairro DDD (00)	Cidade Cidade Cidade Celular 0000-0000	Estado	·	
	E-mail		CANCELAR < V	/oltar avançar >	
				05	
owered by UFUND PREVIDÊNCIA EM	RÉSTIMO ATENDIMENTO MAIS BEN	EFÍCIOS ENERGISE SEU BOLSO		03	

Kenergisaprev

sta ocgaro/berit		1300		
	0	A	\$	$\mathfrak{S}$
1.	Perfil 2.	Endereço e contato	3. Dados de renda	4. Declaração pessoal de saúde

tenda Mensal	Aposentado (INSS)
R\$ 0,00	🔿 Sim 🤇

### Pagamento via Desconto em Folha

 Matrícula funcional
 Data de admissão

 000000
 00/00/0000

\*Autorizo o Estipulante a efetuar o desconto mensal no meu salário relativo à minha parte no pagamento do(s) prêmio(s) do seguro, constante(s) nesta proposta de adesão de acordo com o contrato.

### Morte

Valor do Capital Segurado

Valor do Prêmio (Mensalidade)

Não

CANCELAR < VOLTAR AVANÇAR >

Agora, informe os dados sobre a sua **renda**. Após o preenchimento, clique novamente em**avançar**.

Preencha o formulário com as informações sobre a sua **saúde**. Em seguida, clique em **avançar** novamente.

energisapi	℃ Powered by UFUN	PREVIDÊNCIA	EMPRÉSTIMO	ATENDIMENTO	MAIS BENEFÍCIOS	ENERGISE SEU BOLSO	а <b>р</b> [-
🕂 Propost	ta Seguro/Benef	ício de Risco					×
	0 1. Pe	erfil 2. Endereço e co	ontato 3. Dado	\$) os de renda 4. pes	Declaração soal de saúde	E. Termos	
	1 - É portador (ou já foi) reumática, câncer (inclu doença? Em caso afirm <b>O Sim O</b>	) de hipertensão arterial, di uindo linfoma e leucemia), ir ativo informe qual(is)? <b>Não</b>	abetes mellitus, doer nfectocontagiosa ou	iça renal, neurológica, sexualmente transmis:	do estômago, intestino sível (incluindo HIV e h	o, fígado, pâncreas, epatite) ou alguma outra	
	2 - É portador de algum	na deficiência de órgãos, m Não	embros ou sentidos (	audição, visão, etc.). E	Em caso afirmativo info	rme detalhes.	
	3 - Já sofreu alguma les necessário o afastamer O Sim O	são traumática com fratura, ito da atividade laborativa, <b>Não</b>	luxação, entorse ou por quanto tempo e :	lesão ligamentar? Em sequelas.	caso afirmativo inform	e quando aconteceu, se foi	
					CANCELAR	< VOLTAR	avançar >



Agora, você deve ler com atenção os **termos de contratação** do seu seguro. Logo após, clique para **aceitar** os termos e **finalizar** a contratação.

Antes de ir para a próxima tela, caso precise **editar** alguma informação anterior, basta clicar em **voltar**.

	PREVIDÊNCIA	PRÉSTIMO	ATENDIMENTO	MAIS BENEFÍCI	OS ENERGISE SEU BOLSO					
主 Proposta Seguro/Benefício d	e Risco					×				
O 1. Perfil	2. Endereço e contato	3. Dados -	de renda 4. pes	Declaração soal de saúde	5. Termos					
	Termos									
1. Dados do(s) beneficiário(s)	1. Dados do(s) beneficiário(s)									
O beneficiário do seguro se	O beneficiário do seguro será o estipulante, conforme estabelecido na legislação vigente.									
2. Reenquadramento etário										
<ul> <li>Anualmente, na data de ani de fatores de reajuste que o</li> </ul>	iversário da apólice, os segura consta no contrato em poder d	dos que tiverem i lo Estipulante.	mudado de faixa etária	terão seus prêmios ree	nquadrados conforme a tabela					
3. Declarações do proponenteU	ma vez aprovada esta proposi	ta pela Icatu Segu	uros S.A., declaro estar	ciente e de acordo qu	B:					
<ul> <li>As coberturas do seguro vi</li> <li>Caso o segurado não efetu não pago, este será excluír ocorrer um sinistro sem o re</li> </ul>	gorarão conforme definido no i le o pagamento dos prêmios p do da apólice. Se durante o p espectivo pagamento do prêmi	item Início de Vigé por período super eríodo de tolerân lo, este será desco	ência do Risco Individua ior a 60 (sessenta) dias icia (60 dias a contar di ontado da indenização a	il, constante no contrat s, a contar da data do v a data do vencimento a ser paga ao(s) benefii no data do vencimento	o em poder do Estipulante. vencimento do primeiro prêmio do primeiro prêmio não pago), ciário(s).					
Ser científicado pelo interm contratação e na forma da quanto à prévis disponibiliz	ediário da remuneração receb legislação vigente, DECLARO o ação ao proponente das inform	ida por este é um que dei cumprime nacões previstas	n direito do cliente e um nto integral às disposiçã no art. 4º, § 1º, da referi	dever do intermediário. ões contidas na Resoluc da Resolução.	Como intermediário nesta ção CNSP nº 382/2020, inclusive					



**Pronto!** A sua proposta foi enviada para análise e em breve você receberá um e-mail de confirmação.



