

Assinale uma das opções abaixo

 Previdência Seguro

Instruções de Preenchimento

1) Cliente menor de idade:

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).**Maior de 16 e menor de 18 anos:** assinado pelo Cliente junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).**Documentação necessária:** cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor. Em caso de tutela, apresentar o Instrumento de tutela.

2) Cliente curatelado:

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Cliente e/ou Representante Legal (curador).**Não possui discernimento para assinar:** assinado somente pelo Representante Legal (curador).**Documentação necessária:****Curador:** cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

3) Cliente impossibilitado de assinar:

Com coleta de impressão digital (a rogo): inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do cliente, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.**Sem coleta de impressão digital:** assinado pelo Representante Legal (Procurador).**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

4) Procuradores:

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida.

No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.5) Acesso: www.icatuseguros.com.br e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

Dados do Participante/Segurado Sinistrado

Número do(s) Certificado(s):		
Nome Completo	CPF	Grau de Afinidade (Sinistrado) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Titular

Dados do Beneficiário

Nome Completo				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Grau de Parentesco/Afinidade ¹	Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil	CPF
Nº Documento de Identificação ²	Natureza do Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
E-mail	Profissão	Cargo		
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio Estimado ⁴ <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não possuo			Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cobertura Pleiteada				

¹ No campo Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.² No caso de beneficiário estrangeiro, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. Para beneficiário menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento pode ser usada como tal.³ Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 anos cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppel/>.⁴ Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço abaixo:

Endereço Residencial				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ()	Cel ()

Dados Bancários do Participante/Segurado/Beneficiário (em caso de crédito em conta corrente)

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência / DV	Nome de Agência	Nº da Conta Corrente / DV	CPF do <input type="checkbox"/> Participante/Segurado <input type="checkbox"/> Beneficiário
-------------	---------------	--------------------	-----------------	---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, a seguradora se reserva ao direito de efetuar o pagamento através de ordem de pagamento no Banco Santander.
- O crédito somente será realizado na conta corrente do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas conta corrente de terceiros ou poupança**, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos, onde é admitida indicação de conta corrente de titularidade do representante legal.
- Quando a opção for pagamento mediante ordem de pagamento, esta será nominal ao beneficiário e, para menores de 16 anos, nominal ao seu representante legal;
- Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

Autorização de Pagamento

Na condição de _____ (Participante/Segurado/ Beneficiário) do(s) Certificado(s) indicado(s) neste formulário, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do(s) mencionado(s) Certificado(s), a efetuar o pagamento da minha cota parte no capital segurado, devidamente atualizado, na forma abaixo escolhida:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE (NÃO DEVE SER INDICADA CONTA POUPANÇA)

ORDEM DE PAGAMENTO DO SANTANDER, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 33 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU SEGUROS

Nesse sentido, após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima por mim escolhida, outorgo à Icatu Seguros S/A, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e em que tempo for isentando-a de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.
É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Profissão	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	E-mail
Tel ()	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁴	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____