

Assinale uma das opções abaixo

 Previdência Seguro

Instruções de Preenchimento

1) Cliente menor de idade:

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal.**Maior de 16 e menor de 18 anos:** assinado pelo Cliente junto com o Representante Legal.**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.

2) Cliente interdito:

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Cliente e/ou Representante Legal (curador ou tutor).**Não possui discernimento para assinar:** assinado somente pelo Representante Legal (curador ou tutor).**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).**Tutor:** cópia do documento de identificação, CPF e o instrumento de tutela.

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 por autenticidade.

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

Nome Completo		Nº do Certificado/Apólice/Proposta	
CPF	Data de Nascimento	O participante/segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais e/ou previdência privada em outra(s) companhia(s)? Quais? <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não	
Endereço			Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF CEP
O participante/segurado estava afastado do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Data de admissão na empresa (somente para seguro de Vida Empresarial)
O segurado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Último dia de trabalho (somente para seguro de Vida Empresarial)

Coberturas (identifique as coberturas contratadas no certificado do plano)

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Cônjuge	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Filho	<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Morte Acidental do Cônjuge
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente	<input type="checkbox"/> Doenças Graves	<input type="checkbox"/> Outras:	

Dados do Solicitante



Preencha caso não seja o participante/segurado.

 Participante/Segurado Beneficiário > Parentesco _____ Procurador Curador

Nome Completo		CPF	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	

Dados do Sinistro

Data da ocorrência	Hora da Ocorrência	Local da ocorrência	
Endereço	Bairro	Cidade	UF
Descreva com letra legível como ocorreu o sinistro e as providências tomadas imediatamente após a ocorrência:			
Indicar nome e telefone de quem prestou os primeiros socorros:		Informar nome e telefone do Médico Assistente do participante/segurado:	
Houve intervenção policial? Caso afirmativo, de que tipo?		Houve inquérito policial? Caso afirmativo, em qual delegacia?	

Autorizo, na qualidade de Participante/Segurado/Beneficiário/Representante legal, os médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Icatu Seguros.

Autorizo, ainda, que a Icatu Seguros S/A se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

1- Em caso cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

2- 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.icutuseguros.com.br/ppe/>.