

Dados do Participante/Segurado Sinistrado

Número do(s) Certificado(s):		
Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco (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 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			Pessoa Politicamente Exposta? 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: www.icatusseguros.com.br/ppe⁴ 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.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

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