

Instruções de Preenchimento

- 1) Cliente menor de idade:**
Menor de 16 anos: o formulário deve ser assinado pelo representante legal.
Maior de 16 e menor de 18 anos: o formulário deve ser 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) Clientes interditados:**
Cliente possui discernimento para assinar: o formulário deve ser assinado pelo cliente e/ou representante legal (curador ou tutor).
Cliente não possui discernimento para assinar: o formulário deve ser 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) Clientes impossibilitados 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 de assinatura de uma testemunha.
Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas.
- 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).
- 5) Acesso:** www.icatusseguros.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.

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 ² <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: _____	

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: www.icatuseguros.com.br/ppe.