

Assinale uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> <b>Previdência</b>	<input type="checkbox"/> <b>Seguro</b>
---	--

## 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) **Acesse:** [www.icatuseguros.com.br](http://www.icatuseguros.com.br) e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

## Dados do Participante/Segurado Sinistrado

Nome Completo	CPF (somente números)
---------------	-----------------------

## Dados do Beneficiário

<h3>Assinale a opção desejada:</h3>	<input type="checkbox"/> Solicitação de Liberação de Reserva de <b>TODOS</b> os certificados do qual sou beneficiário.
	<input type="checkbox"/> Solicitação de Liberação de Reserva dos certificados <b>INDICADOS</b> abaixo.
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou proposta(s) que deseja resgatar:	

Nome Completo				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Parentesco/Afinidade <sup>1</sup>	Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil	CPF (somente números)	
Nº Documento de Identificação <sup>2</sup>	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 <sup>4</sup> <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) <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cobertura Pleiteada					

<sup>1</sup> No campo Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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/ppe/>.

<sup>4</sup> 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 30 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.

Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Icatu Seguros poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível no Site Institucional.

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)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

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