

DADOS DE ENVIO
1 - DESTINATÁRIO

Icatu Seguros (CECAD)

2 - ENDEREÇO

Praça Vinte e Dois de Abril, 36 parte - Centro - CEP 20021-370 - Rio de Janeiro - RJ

3 - CENTRAL DE RELACIONAMENTO

4002-0040 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 285 3000 (demais localidades).

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DADOS DO SEGURADO

4 - NOME COMPLETO

5 - CPF

6 - MATRÍCULA

7 - CERTIFICADO/APÓLICE

8 - DDD/TELEFONE FIXO

9 - DDD/CELULAR

10 - DDD/FAX

11 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av. / Rua)

12 - NÚMERO

13 - COMPLEMENTO

14 - BAIRRO

15 - CIDADE

16 - UF

17 - CEP

18 - E-MAIL

 DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

19 - NOME COMPLETO

20 - CPF

21 - DATA DE NASCIMENTO

22 - AFINIDADE

23 - PARTICIPAÇÃO

 %

24 - NOME COMPLETO

25 - CPF

26 - DATA DE NASCIMENTO

27 - AFINIDADE

28 - PARTICIPAÇÃO

 %

29 - NOME COMPLETO

30 - CPF

31 - DATA DE NASCIMENTO

32 - AFINIDADE

33 - PARTICIPAÇÃO

 %

34 - NOME COMPLETO

35 - CPF

36 - DATA DE NASCIMENTO

37 - AFINIDADE

38 - PARTICIPAÇÃO

 %

39 - NOME COMPLETO

40 - CPF

41 - DATA DE NASCIMENTO

42 - AFINIDADE

43 - PARTICIPAÇÃO

 %

I - Na ausência de designação de beneficiários a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável. Para indicar beneficiários adicionais, anexar a este formulário uma carta com os dados acima.

II- No campo Afinidade indicar grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco com o beneficiário indicado.

III- O SOMATÓRIO DOS PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO DEVERÁ SER 100%

OBSERVAÇÕES

1) A VIA ORIGINAL DESTES FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADA PARA A ICATU SEGUROS.

2) Para segurado maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal e se menor de 16 anos, a assinatura deverá ser somente do seu representante legal. Também será necessário o envio de uma cópia do RG e CPF do representante legal, junto com a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.

3) Para o segurado que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interdito assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto; caso contrário, a assinatura será somente do curador indicado.

4) Caso o segurado se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida sua impressão digital e a assinatura de um representante (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada cópia de um documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante.

5) No preenchimento incorreto ou incompleto do formulário, ele não será acatado e será(ão) mantido(s) o(s) beneficiário(s) indicado(s) anteriormente. Caso ainda não tenha(m) sido indicado(s), o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) definido(s) pela legislação vigente na data do evento.

TENHO CIÊNCIA DE QUE A ICATU SEGUROS S/A* SOMENTE IRÁ CONSIDERAR A DESIGNAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS ACIMA INDICADOS, APÓS O PROTOCOLO DESTES FORMULÁRIO NA SEGURADORA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).