



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

- 1) Caso o segurado/beneficiário seja maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto do menor com seu representante legal.
- 2) O crédito somente será realizado na conta corrente do beneficiário. Não será aceito 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.
- 3) Quando a opção for pagamento mediante ordem de pagamento este será nominal ao beneficiário ou seu representante legal, quando se tratar de menor de 16 anos de idade.
- 4) No caso de cliente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação. No caso de cliente menor, sem documento de identificação, a certidão de nascimento deve ser usada como tal.
- 5) O cliente poderá a qualquer momento, mediante solicitação à seguradora, alterar a opção escolhida.
- 6) No caso de favorecido/beneficiário analfabeto deverão constar a impressão digital no local da assinatura, a assinatura "a rogo" e de 1 (uma) testemunha, ambas com firmas reconhecidas.
- 7) Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

DADOS DO SEGURADO SINISTRADO

Nome Completo			Grau de Parentesco (Sinistrado)		
			<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Titular		
Nº dos Certificados do Segurado (Preenchimento Obrigatório)	No das Apólices	CPF	Nome do Estipulante ou da Averbadora/ Instituidora		

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo do Beneficiário				Sexo	
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Afinidade ⁸	Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil	CPF	

Nº Doc. de Identificação	Natureza do Doc. de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

⁸ - No campo Afinidade, indicar grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário. 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			Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel 1 ()	
Tel 2 ()	E-mail (Correspondência via e-mail: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não)		Profissão	Cargo	
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio			Pessoa Politicamente Exposta? ⁹	
	<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			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Cobertura Pleiteada					

⁹- Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para maiores esclarecimentos sobre pessoas politicamente expostas consulte <http://hotsite.icatusseguros.com.br/ppe>

DADOS BANCÁRIOS DO PRÓPRIO 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"/> Segurado <input type="checkbox"/> Beneficiário

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Na condição de _____ (Segurado/ Beneficiário) do Certificado citado acima, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada solicitado, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do mencionado Certificado, 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 S/A, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 33 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU SEGUROS S/A**

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, irrevogável 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.

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.

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 Segurado / Beneficiário



Assinatura do Representante Legal



Assinatura a Rogo



Assinatura Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____