

Assinale uma das opções abaixo

 **Previdência**
 **Seguro**

## Orientações 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 prazo de emissão não superior a 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

|   |                    |  |   |        |        |
|---|--------------------|--|---|--------|--------|
| Nome Completo   |                    | Nº do Certificado/Apólice/Proposta   |   |        |        |
| CPF (somente números)   | Data de Nascimento | O participante/segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais e/ou previdência privada em outra(s) companhia(s)? Quais?<br><input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não |   |        |        |
| Endereço  |                    |  |   | Número |        |
| Complemento   |                    | Bairro   | Cidade  |        | UF CEP |
| O participante/segurado estava afastado do trabalho?<br><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?<br><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 (somente números) |        |    |             |
| Endereço      |         |                       | Número |    | Complemento |
| Bairro        |         | Cidade                |        | UF | CEP         |
| Tel ( )       | Cel ( ) |                       | E-mail |    |             |

**SAC (exclusivamente para informações públicas, contestações, reclamações ou cancelamentos):** 0800 286 0110, de segunda a sexta feira, das 8h às 20h e sábados, domingos e feriados nacionais, das 8h às 16h. Nos demais horários ou para atendimento em libras, você pode acessar o SAC em [www.icatuseguros.com.br/atendimento](http://www.icatuseguros.com.br/atendimento).

**Ouvidoria Icatu:** 0800 286 0047, de 2ª a 6ª, caso não tenha ficado satisfeito com a resolução, entre em contato conosco. Ao ligar tenha em mãos o número do protocolo de atendimento.

Dias úteis, das 8h às 18h.

## 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?           |    |

## Dados do responsável/representante legal (caso necessário)

|               |   |
|---------------|---|
| Nome Completo | CPF (somente números)   |
| E-mail        |   |
| Tel<br>(   )  | Grau de Parentesco/Afinidade<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

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.

Autorizo, ainda, que a Icatu se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares. 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 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 o Aviso de Privacidade disponível na área do cliente.

Conforme medida provisória no 2.200-2/2001, o formulário poderá ser assinado digitalmente. O Gov.br é uma plataforma de serviços digitais gratuita que permite assinaturas eletrônicas, sendo uma alternativa válida conforme normas estabelecidas. Acesse o link Assinatura Eletrônica – Governo Digital ([www.gov.br](http://www.gov.br)) e fique por dentro. Assim como o Gov.br, o formulário poderá ser assinado digitalmente também em conformidade com o padrão ICP-Brasil.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal  
(caso necessário)