

Assinale uma das opções abaixo

 Previdência

 Seguro

Instruções de Preenchimento

1) Herdeiro 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) Herdeiro 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) Herdeiro 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) As assinaturas deverão ser reconhecidas em cartório, por semelhança ou autenticidade (reconhecimento de firma).

6) O preenchimento dos campos de canais de comunicações (telefone e e-mail) são obrigatórios, pois estes são os principais meios de comunicação no andamento do processo. Fique atento as chamadas.

7) Conforme medida provisória nº 2.200-2/2001 o formulário poderá ser assinado digitalmente em conformidade com o padrão ICP-Brasil ou pelo Gov.br. Para consultar a relação das autoridades certificadoras e de registro, acesse o seguinte endereço: www.itl.gov.br/icp-brasil/estrutura.

Dados do Participante/Segurado

Nome Completo		CPF (somente números)	
Data do óbito	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	Deixou Companheiro (a)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual data de início da união estável? ____/____/____	
Nome do Cônjuge/Companheiro(a)			
O segurado deixou bens particulares (adquiridos antes do casamento ou união estável)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Deixou filhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantidade: _____	Deixou mãe viva? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Deixou pai vivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Declaração

Declaro expressamente perante a Icatu, sob a pena de responder civil e criminalmente pela inveracidade das informações prestadas, que a(s) pessoa(s) identificada(s) abaixo é(ão) o(s) único(s) Herdeiro(s) Legal(is) do participante/segurado, devendo receber a indenização da Previdência/Seguro, nos termos do(s) certificado(s) ou apólice(s)/proposta(s) em referência. A Seguradora realizará o pagamento de acordo com as informações prestadas abaixo, ficando isenta de toda e qualquer responsabilidade em efetuar qualquer outro pagamento decorrente da morte do participante/segurado, no certificado ou apólice/proposta em que ele fazia parte, a quem quer que seja e a que título for.

Dados dos Herdeiros Legais

Nome Completo		CPF (somente números)	
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		Possui E-mail? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	Data de Nascimento	

Nome Completo		CPF (somente números)	
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		Possui E-mail? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	Data de Nascimento	

1- No campo Grau de Parentesco/Afinidade indicar o grau de relacionamento ou parentesco do Herdeiro Legal com Participante/Segurado.

Nome Completo			CPF (somente números)	
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		Possui E-mail? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____		
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
Tel ()	Cel ()	Data de Nascimento		

Nome Completo			CPF (somente números)	
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		Possui E-mail? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____		
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
Tel ()	Cel ()	Data de Nascimento		

Nome Completo			CPF (somente números)	
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		Possui E-mail? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____		
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
Tel ()	Cel ()	Data de Nascimento		

1- No campo Grau de Parentesco/Afinidade indicar o grau de relacionamento ou parentesco do Herdeiro Legal com Participante/Segurado.

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo			CPF (somente números)	
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado	E-mail		
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____		

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: <https://www.icatuseguros.com.br/ppe/>.

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. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Declarante (com firma reconhecida)



Assinatura do Representante/Responsável Legal
(com firma reconhecida)



Assinatura da Testemunha
(com firma reconhecida e somente na assinatura a rogo)