

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	Data de Nascimento	O participante/segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais e/ou previdência privada em outra(s) companhia(s)? Quais? <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não		
Endereço				Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
O participante/segurado estava afastado do trabalho? <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? <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		
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel ( )	Cel ( )	E-mail		

## 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?		

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 Seguros. Autorizo, ainda, que a Icatu Seguros S/A se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares.

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

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



Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

## DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome Completo		CPF		
Tel ( )	Cel ( )	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____		