

Dados do Participante/Segurado Sinistrado

| | | |
|------------------------------|-----|---|
| Número do(s) Certificado(s): | | |
| Nome Completo | CPF | Grau de Parentesco (Sinistrado) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Titular |

Dados do Beneficiário

| | | | | |
|--|--|-----------------|-------------------|---|
| Nome Completo | | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Grau de Afinidade ¹ | Data de Nascimento | Nacionalidade | Estado Civil | CPF |
| Nº Documento de Identificação ² | Natureza do Documento de Identificação | Órgão Expedidor | Data de Expedição | Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| E-mail | Profissão | Cargo | | |
| Data de Admissão | Renda Mensal / Patrimônio Estimado ⁴ <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 | | | Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Cobertura Pleiteada | | | | |

¹ No campo Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.

² No caso de beneficiário estrangeiro, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. Para beneficiário menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento pode ser usada como tal.

³ 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: www.icatusseguros.com.br/ppes

⁴ Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

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 | | | | Número | Complemento |
| Bairro | Cidade | UF | CEP | Tel () | Cel () |

Dados Bancários do Participante/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"/> Participante/Segurado <input type="checkbox"/> Beneficiário |
|-------------|---------------|--------------------|-----------------|---------------------------|---|

- 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.
- O crédito somente será realizado na conta corrente do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas 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.
- Quando a opção for pagamento mediante ordem de pagamento, esta será nominal ao beneficiário e, para menores de 16 anos, nominal ao seu representante legal;
- Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

Autorização de Pagamento

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

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, irrestrita 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.

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 Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

| | | | |
|---------------|---|--|-----|
| Nome Completo | | | CPF |
| Profissão | Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁴ | E-mail | |
| Tel () | Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |