

## Instruções de Preenchimento

### 1) Forma de envio:

O formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdepensao@icatusseguros.com.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para o endereço: Avenida Oscar Niemeyer, 2000, Porto Maravilha, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.220-297.

### 2) Participante menor de idade

**Menor de 16 anos:** assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**Maior de 16 e menor de 18 anos:** assinado pelo Participante 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.

### 3) Participante curatelado

**Possui discernimento para assinar:** assinado pelo Participante 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).

### 4) Participante 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 Participante, 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 (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

### 5) 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 por autenticidade.

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 validade de até 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.

## Dados da Apólice

Nº da Apólice VG	Nº da Apólice AP	Estipulante		
Nº do Estipulante	Subestipulante		Nº do Subestipulante	
Nº da Proposta	Seguro <input type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Atualização	Nº do Certificado	Início de Vigência	
Cobertura <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Morte Acidental <input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por Acidente <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por Doença				

Obs.: Em caso de lesões, favor anexar os exames comprobatórios.

## Dados do Segurado

Nome Completo		Data de Nascimento	CPF (somente números)		
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone ( )	
O Segurado possui Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais em outra(s) companhia(s)? Quai(s)?					
Última ocupação do Segurado			Último dia de trabalho		
O Segurado estava afastado do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Desde que data? Por qual motivo?					
O Segurado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Desde que data? Por qual motivo?					

## Dados do Requerente

Segurado  Beneficiário – grau de parentesco  Procurador  Curador

Nome Completo			CPF (somente números)		
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP		
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não possui e-mail (endereço eletrônico)		

1- O campo E-mail é de preenchimento obrigatório.

## 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 Segurado(a)/Beneficiário(a)/Representante Legal, a médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Icatu Seguros, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

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. O IcatuFMP se compromete a tratar os dados informados neste termo 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. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

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

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



\_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado/Beneficiário



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo			CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>2</sup>	E-mail	
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>3</sup> <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: _____	

<sup>2</sup>- Em caso requerente menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

<sup>3</sup>- 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/>.