

DADOS DE ENVIO

1 - DESTINATÁRIO Icatu Seguros (CECAD)	2 - ENDEREÇO Praça Vinte e Dois de Abril, 36 parte - Centro - CEP 20021-370 - Rio de Janeiro - RJ	3 - CENTRAL DE RELACIONAMENTO 4002-0040 (capitais e regiões metropolitanas) e 0800 285 3000 (demais localidades)
---	--	---

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DADOS DO DECLARANTE

4 - NOME COMPLETO				5 - Nº DA PROPOSTA	
6 - CPF	7 - DATA DE NASCIMENTO	8 - ESTADO CIVIL	9 - PROFISSÃO		
10 - Nº DO DOC. DE IDENTIFICAÇÃO	11 - NATUREZA DO DOC. DE IDENTIFICAÇÃO		12 - ÓRGÃO EXPEDIDOR		
13 - DDD/TELEFONE FIXO	14 - DDD/CELULAR	15 - DDD/FAX			
16 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av. / Rua)				17 - NÚMERO	18 - COMPLEMENTO
19 - BAIRRO	20 - CIDADE	21 - UF	22 - CEP		

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

23 - NOME COMPLETO			24 - CPF		
25 - DDD/TELEFONE FIXO	26 - DDD/CELULAR	27 - GRAU DE AFINIDADE / PARENTESCO			
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____					

OBSERVAÇÕES

- Este formulário deverá ser enviado para o endereço/fax acima com cópia do documento de identidade e do CPF do declarante.
- Para declarante maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal e se menor de 16 anos, a assinatura deverá ser somente do seu representante legal. Também será necessário o envio de uma cópia do RG e CPF do representante legal, junto com a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- Para o declarante que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interditado assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto; caso contrário, a assinatura será somente do curador indicado.
- Caso o declarante se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida sua impressão digital e a assinatura de um representante (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada cópia de um documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante.

DECLARAÇÃO

Eu, acima identificado, declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A*, que resido no endereço acima. 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 E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Icatu Seguros: 0800 286 0047, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (ao ligar, tenha em mãos o número do protocolo de atendimento).