

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Na condição de _____ (segurado/beneficiário) do Certificado abaixo descrito, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada ou do pagamento do resgate solicitado, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do mencionado Certificado, a efetuar o pagamento do resgate ou 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)
 CONTRA-RECIBO (CRÉDITO DISPONÍVEL, CONTRA-RECIBO ON-LINE DO BANCO DO BRASIL S/A, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 30 DIAS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU SEGUROS S/A).

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.

DADOS DO SINISTRADO

4 - NOME COMPLETO

_____ 5 - GRAU DE PARENTESCO (SINISTRADO)
 CÔNJUGE FILHO

6 - Nº DOS CERTIFICADOS DO SEGURADO (preenchimento obrigatório)

_____ 7 - Nº DAS APÓLICES (deverá informar todos os nºs de apólices)

8 - NOME DO ESTIPULANTE OU DA AVERBADORA/ INSTITUIDORA

DADOS DO BENEFICIÁRIO

9 - NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO

_____ 10 - SEXO
 MASC. FEM.

11 - GRAU DE AFINIDADE

_____ 12 - DATA DE NASCIMENTO

13 - IDADE

_____ 14 - NACIONALIDADE

15 - ESTADO CIVIL

_____ 16 - CPF

17 - CPF REFERENTE AO

TITULAR DEPENDENTE

18 - Nº DO DOC. DE IDENTIFICAÇÃO

_____ 19 - NATUREZA DO DOC. DE IDENTIFICAÇÃO⁶

20 - ÓRGÃO EXPEDIDOR

_____ 21 - DATA EXPEDIÇÃO

22 - RESIDENTE NO BRASIL

SIM NÃO

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

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço abaixo.

23 - ENDEREÇO RESIDENCIAL

_____ 24 - NÚMERO

25 - COMPLEMENTO

26 - BAIRRO

_____ 27 - CIDADE

28 - UF

_____ 29 - CEP

30 - DDD TELEFONE RESIDENCIAL

31 - DDD TELEFONE CELULAR

_____ 32 - DDD TELEFONE COMERCIAL

33 - EMAIL

34 - CORRESPONDÊNCIA VIA EMAIL?⁷

SIM NÃO

35 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (AV. / RUA)

_____ 36 - NÚMERO

37 - COMPLEMENTO

_____ 38 - BAIRRO

39 - CIDADE

40 - UF

_____ 41 - CEP

42 - PROFISSÃO

_____ 43 - CARGO

44 - DATA DE ADMISSÃO

_____ 45 - RENDA MENSAL / PATRIMÔNIO⁸

46 - PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA?⁹

SIM NÃO

47 - COBERTURA PLEITEADA

DADOS BANCÁRIOS DO PRÓPRIO SEGURADO/BENEFICIÁRIO (em caso de crédito em conta corrente)

48 - Nº DO BANCO

_____ 49 - NOME DO BANCO

50 - Nº DA AGÊNCIA / DV

51 - NOME DA AGÊNCIA

_____ 52 - Nº DA CONTA CORRENTE / DV

53 - CPF DO SEGURADO / BENEFICIÁRIO

Obs 1: A assinatura do segurado/beneficiário deverá ser reconhecida, em cartório, por semelhança.

Obs 2: Este formulário deverá ser totalmente preenchido.

Obs 3: Caso o segurado/beneficiário seja maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto do menor com seu representante legal.

Obs 4: O crédito somente será realizado na conta corrente do beneficiário. Não será aceito conta corrente de terceiros ou POUPANÇA, exceto em caso de pagamento para menores de 16, onde é admitida indicação de conta corrente de titularidade do representante legal.

Obs 5: Quando a opção for pagamento mediante contra-recibo este será nominal ao beneficiário ou seu representante legal, quando se tratar de menor de 16 anos de idade.

Obs 6: No caso de cliente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação. No caso de cliente menor, sem documento de identificação, a certidão de nascimento deve ser usada como tal.

Obs 7: O cliente poderá a qualquer momento, mediante solicitação à seguradora, alterar a opção escolhida.

Obs 8: Informar renda mensal ou patrimônio estimado, em valores.

Obs 9: Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para maiores esclarecimentos sobre pessoas politicamente expostas consulte <http://hotsite.icatuseguros.com.br/ppe>

Obs 10: 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.

EM CASO DE DEVOLUÇÃO DE CRÉDITO EM DECORRÊNCIA DO FORNECIMENTO INCORRETO DE DADOS BANCÁRIOS, A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE EFETUAR O PAGAMENTO ATRAVÉS DE CONTRA-RECIBO NO BANCO DO BRASIL.

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 SEGURADO/BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

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

Ouidoria 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).