

DADOS DE ENVIO

1 - DESTINATÁRIO	2 - ENDEREÇO	3 - CENTRAL DE RELACIONAMENTO
Icatu Seguros (CECAD)	Praça Vinte e Dois de Abril, 36 parte - Centro - CEP 20021-370 - Rio de Janeiro - RJ	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 SEGURADO

4 - NOME COMPLETO	
5 - Nº DOS CERTIFICADOS DO SEGURADO (preenchimento obrigatório)	6 - Nº DAS APÓLICES (deverá informar todos os nºs de apólices)
7 - NOME DO ESTIPULANTE OU DA AVERBADORA/ INSTITUIDORA	

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO		9 - SEXO
		<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
10 - GRAU DE AFINIDADE		11 - DATA DE NASCIMENTO
12 - IDADE	13 - NACIONALIDADE	14 - ESTADO CIVIL
15 - CPF	16 - CPF REFERENTE AO	
	<input type="checkbox"/> TITULAR <input type="checkbox"/> DEPENDENTE	
17 - Nº DO DOC. DE IDENTIFICAÇÃO	18 - NATUREZA DO DOC. DE IDENTIFICAÇÃO ⁶	19 - ÓRGÃO EXPEDIDOR
20 - DATA EXPEDIÇÃO	21 - RESIDENTE NO BRASIL	
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

I - 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.

22 - ENDEREÇO RESIDENCIAL		23 - NÚMERO	24 - COMPLEMENTO
25 - BAIRRO	26 - CIDADE	27 - UF	28 - CEP
29 - DDD TELEFONE RESIDENCIAL			
30 - DDD TELEFONE CELULAR	31 - DDD TELEFONE COMERCIAL	32 - EMAIL	
33 - CORRESPONDÊNCIA VIA EMAIL? ⁷	34 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (AV. / RUA)		35 - NÚMERO
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
36 - COMPLEMENTO	37 - BAIRRO	38 - CIDADE	
39 - UF	40 - CEP	41 - PROFISSÃO	42 - CARGO
43 - DATA DE ADMISSÃO	44 - RENDA MENSAL / PATRIMÔNIO ⁸	45 - PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA? ⁹	
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
46 - COBERTURA PLEITEADA			

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

47 - Nº DO BANCO	48 - NOME DO BANCO	49 - Nº DA AGÊNCIA / DV
50 - NOME DA AGÊNCIA	51 - Nº DA CONTA CORRENTE / DV	52 - 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>

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).