

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)

O PREENCHIMENTO DO ITEM 49 É OBRIGATÓRIO. CASO NÃO SEJA PREENCHIDO O FORMULÁRIO SERÁ DEVOLVIDO.
DADOS DA APÓLICE

4 - Nº DA APÓLICE VG

5 - Nº DA APÓLICE AP

6 - ESTIPULANTE

7 - NÚMERO DO ESTIPULANTE

8 - SUBESTIPULANTE

9 - NÚMERO DO SUBESTIPULANTE

10 - Nº DA PROPOSTA

11 - SEGURO

 1 - NOVO

 2 - ATUALIZAÇÃO

12 - Nº DO CERTIFICADO

13 - INÍCIO DE VIGÊNCIA

14 - COBERTURA

 MORTE NATURAL

 MORTE ACIDENTAL

 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA

 INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

 INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR DOENÇA

EM CASO DE LESÕES, FAVOR ANEXAR OS EXAMES COMPROBATÓRIOS.

DADOS DO SEGURADO

15 - NOME COMPLETO

16 - DATA DE NASCIMENTO

17 - CPF

18 - ENDEREÇO

19 - NÚMERO

20 - COMPLEMENTO

21 - BAIRRO

22 - CIDADE

23 - UF

24 - CEP

25 - DDD

TELEFONE

26 - O SEGURADO POSSUI SEGURO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRA(S) COMPANHIA(S)? QUAIS?

27 - DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA

28 - ÚLTIMA OCUPAÇÃO DO SEGURADO

29 - ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

30 - O SEGURADO ESTAVA AFASTADO DO TRABALHO?

 SIM

 NÃO

31 - DESDE QUE DATA?

32 - POR QUE MOTIVO?

33 - O SEGURADO ESTAVA APOSENTADO?

 SIM

 NÃO

34 - DESDE QUE DATA?

35 - POR QUE MOTIVO?

DADOS DO REQUERENTE
 SEGURADO

 BENEFICIÁRIO - GRAU DE PARENTESCO

 PROCURADOR

 CURADOR

36 - NOME COMPLETO

37 - CPF

38 - ENDEREÇO

39 - NÚMERO

40 - COMPLEMENTO

41 - BAIRRO

42 - CIDADE

43 - UF

44 - CEP

45 - DDD/TELEFONE RESIDENCIAL

46 - DDD/TELEFONE CELULAR

47 - DDD/TELEFONE COMERCIAL

48 - DDD/TELEFONE RECADO

 49 - EMAIL (campo obrigatório) Não possuo e-mail (endereço eletrônico)

50 - SOMENTE EM CASO DE PLANO COM CESTA BÁSICA

 RECEBER EM: ALIMENTO DINHEIRO

DADOS DO SINISTRO

51 - DATA DO EVENTO

52 - HORA DO EVENTO

53 - LOCAL DA OCORRÊNCIA

54 - ENDEREÇO

55 - BAIRRO

56 - CIDADE

57 - UF

58 - DESCREVA COM LETRA LEGÍVEL COMO OCORREU O SINISTRO E AS PROVIDÊNCIAS IMEDIATAMENTE APÓS A OCORRÊNCIA:

59 - FAVOR INDICAR NOME E TELEFONE DE QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS:

60 - FAVOR INFORMAR NOME E TELEFONE DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO:

61 - HOUVE INTERVENÇÃO POLICIAL? CASO AFIRMATIVO, DE QUE TIPO?

62 - HOUVE INQUÉRITO POLICIAL? CASO AFIRMATIVO, EM QUE DELEGACIA?

AUTORIZAÇÃO

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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A) / BENEFICIÁRIO(A) / REPRESENTANTE LEGAL

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