

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

4 - PLANO _____ 5 - MATRÍCULA _____ 6 - NÚMERO DO PROCESSO _____

7 - NOME COMPLETO DO SEGURADO _____

8 - APÓLICE(S) _____

Eu, abaixo identificado(a), venho pelo presente, declarar expressamente perante a Icatu Seguros S.A*, sob pena de responder civil e criminalmente pela inveracidade das informações prestadas, que a(s) pessoa(s) abaixo, é(são) o(s) único(s) herdeiro(s) do segurado, sendo assim, devido a essa(s) o pagamento da indenização de seguro, nos termos da Apólice em referência, ficando esta Seguradora isenta de toda e qualquer responsabilidade em efetuar qualquer outro pagamento decorrente da morte e desta Apólice em que o segurado fazia parte, a quem quer que seja e a que título for.

9 - NOME COMPLETO _____ 10 - GRAU DE AFINIDADE _____

11 - Nº DOC. IDENTIFICAÇÃO _____ 12 - ÓRGÃO EXPEDIDOR _____ 13 - CPF _____

14 - ENDEREÇO (Av / Rua) _____ 15 - NÚMERO _____ 16 - COMPLEMENTO _____ 17 - CEP _____

18 - CIDADE _____ 19 - UF _____ 20 - BAIRRO _____ 21 - DDD TELEFONE DE CONTATO _____

22 - ASSINATURA _____

23 - NOME COMPLETO _____ 24 - GRAU DE AFINIDADE _____

25 - Nº DOC. IDENTIFICAÇÃO _____ 26 - ÓRGÃO EXPEDIDOR _____ 27 - CPF _____

28 - ENDEREÇO (Av / Rua) _____ 29 - NÚMERO _____ 30 - COMPLEMENTO _____ 31 - CEP _____

32 - CIDADE _____ 33 - UF _____ 34 - BAIRRO _____ 35 - DDD TELEFONE DE CONTATO _____

36 - ASSINATURA _____

37 - NOME COMPLETO _____ 38 - GRAU DE AFINIDADE _____

39 - Nº DOC. IDENTIFICAÇÃO _____ 40 - ÓRGÃO EXPEDIDOR _____ 41 - CPF _____

42 - ENDEREÇO (Av / Rua) _____ 43 - NÚMERO _____ 44 - COMPLEMENTO _____ 45 - CEP _____

46 - CIDADE _____ 47 - UF _____ 48 - BAIRRO _____ 49 - DDD TELEFONE DE CONTATO _____

50 - ASSINATURA _____

51 - NOME COMPLETO _____ 52 - GRAU DE AFINIDADE _____

53 - Nº DOC. IDENTIFICAÇÃO _____ 54 - ÓRGÃO EXPEDIDOR _____ 55 - CPF _____

56 - ENDEREÇO (Av / Rua) _____ 57 - NÚMERO _____ 58 - COMPLEMENTO _____ 59 - CEP _____

60 - CIDADE _____ 61 - UF _____ 62 - BAIRRO _____ 63 - DDD TELEFONE DE CONTATO _____

64 - ASSINATURA _____

OBS.: No campo Grau de Afinidade indicar grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco com o segurado indicado.

LOCAL E DATA _____

IMPORTANTE: Este documento é ÚNICO, devendo ser preenchido por todos os acima qualificados neste mesmo impresso e, ainda, todas as assinaturas, deverão ter firma reconhecida.

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