

**DADOS DE ENVIO**

<b>1 - DESTINATÁRIO</b>	<b>2 - ENDEREÇO</b>
Icatu Seguros (CECAD)	Praça Vinte e Dois de Abril, 36 parte - Centro - CEP 20021-370 - Rio de Janeiro - RJ

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA

**DADOS DO SEGURADO**

4 - NOME COMPLETO				5 - CPF	
6 - MATRÍCULA	7 - CERTIFICADO/APÓLICE	8 - DDD/TELEFONE FIXO	9 - DDD/CELULAR	10 - DDD/FAX	
11 - ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av. / Rua)			12 - NÚMERO	13 - COMPLEMENTO	
14 - BAIRRO		15 - CIDADE		16 - UF	17 - CEP
18 - E-MAIL					

**DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**

19 - NOME COMPLETO	20 - CPF	21 - DATA DE NASCIMENTO	22 - AFINIDADE	23 - PARTICIPAÇÃO %
24 - NOME COMPLETO	25 - CPF	26 - DATA DE NASCIMENTO	27 - AFINIDADE	28 - PARTICIPAÇÃO %
29 - NOME COMPLETO	30 - CPF	31 - DATA DE NASCIMENTO	32 - AFINIDADE	33 - PARTICIPAÇÃO %
34 - NOME COMPLETO	35 - CPF	36 - DATA DE NASCIMENTO	37 - AFINIDADE	38 - PARTICIPAÇÃO %
39 - NOME COMPLETO	40 - CPF	41 - DATA DE NASCIMENTO	42 - AFINIDADE	43 - PARTICIPAÇÃO %

I - Na ausência de designação de beneficiários a indenização será paga de acordo com a legislação aplicável. Para indicar beneficiários adicionais, anexar a este formulário uma carta com os dados acima.

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

III- O **SOMATÓRIO DOS PERCENTUAIS DE PARTICIPAÇÃO DEVERÁ SER 100%**

**OBSERVAÇÕES**

- 1) A VIA ORIGINAL DESTES FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADA PARA A ICATU SEGUROS.
- 2) Para segurado 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.
- 3) Para o segurado que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interdito assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto; caso contrário, a assinatura será somente do curador indicado.
- 4) Caso o segurado 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.
- 5) No preenchimento incorreto ou incompleto do formulário, ele não será acatado e será(ão) mantido(s) o(s) beneficiário(s) indicado(s) anteriormente. Caso ainda não tenha(m) sido indicado(s), o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) definido(s) pela legislação vigente na data do evento.

**TENHO CIÊNCIA DE QUE A ICATU SEGUROS S/A\* SOMENTE IRÁ CONSIDERAR A DESIGNAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS ACIMA INDICADOS, APÓS O PROTOCOLO DESTES FORMULÁRIO NA SEGURADORA.**

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL

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