



DADOS DO SEGURADO / PARTICIPANTE

Nome Completo			CPF
Matrícula	Tel 1 ()	Tel 2 ()	Pessoa Politicamente Exposta ¹ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço Completo			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ²		Profissão	

1) 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 mais esclarecimentos sobre pessoas politicamente expostas, consulte: <https://hotsite.icatusseguros.com.br/ppe>.

2) Em caso de participante/ beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/ financeiro.

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome Completo			CPF
Tel 1 ()	Tel 2 ()	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

AUTORIZAÇÃO PARA CORRETOR PESSOA FÍSICA

Autoriza Informar Valor de Resgate e Dados de Crédito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autoriza Informar valor de Portabilidade e Dados de Crédito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autoriza Informar o Saldo dos Certificados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autoriza o Envio de 2º via de Extrato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
INDIQUE ABAIXO O (S) DADO (S) DO (S) CERTIFICADO (S) E CORRETOR (ES) AUTORIZADO (S)		
Autoriza para todos os certificados/apólices?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Nome do Corretor Autorizado	Código Susep	
Nº do Certificado/ Apólice	Nome da Corretor	Código Susep
Nº do Certificado/ Apólice	Nome da Corretor	Código Susep

AUTORIZAÇÃO PARA CORRETOR PESSOA JURÍDICA

Autoriza Informar Valor de Resgate e Dados de Crédito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autoriza Informar valor de Portabilidade e Dados de Crédito?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autoriza Informar o Saldo dos Certificados?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Autoriza o Envio de 2º via de Extrato?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
INDIQUE ABAIXO O (S) DADO (S) DO (S) CERTIFICADO (S) E CORRETOR (ES) AUTORIZADO (S)		
Autoriza para todos os certificados/apólices?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Nome da Corretora Autorizada	Código Susep	
Nº do Certificado/ Apólice	Nome da Corretora	Código Susep
Nº do Certificado/ Apólice	Nome da Corretora	Código Susep

OBS: NO CASO DE CORRETORA PESSOA JURÍDICA, APENAS OS CORRETORES (PESSOA FÍSICA) CADASTRADOS TERÃO ACESSO AS INFORMAÇÕES. PARA EFETUAR O CADASTRO É NECESSÁRIO QUE A CORRETORA ENVIE UMA LISTA PARA A ICATU SEGUROS S/A CONTENDO? NOME COMPLETO DOS CORRETORES, CPF, CÓDIGO SUSEP, ENDEREÇO COMPLETO, IDENTIDADE, ÓRGÃO EXPEDIDOR E CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO.

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

Autorizo a Icatu Seguros S/A a divulgar os valores do(s) meu(s) plano(s) ao(s) corretor(es) indicado(s) acima, a partir de ____/____/____.

Permanentemente, até solicitação de suspensão Até ____/____/____.

INSTRUÇÕES:

- Para segurado/participante/beneficiário 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 do CPF do representante legal, junto com a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- Para o segurado/participante/beneficiário 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.
- Caso o segurado/participante/beneficiário 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.

Local: _____ Data: ____/____/____



Assinatura do Segurado / Participante / Beneficiário



Assinatura do Responsável Legal