

Assinale uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro
--------------------------------------	---------------------------------

## Instruções de Preenchimento

### 1) Cliente menor de idade:

**Menor de 16 anos:** assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**Maior de 16 e menor de 18 anos:** assinado pelo Cliente junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**Documentação necessária:** cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor. Em caso de tutela, apresentar o Instrumento de tutela.

### 2) Cliente curatelado:

**Possui discernimento para assinar:** assinado pelo Cliente e/ou Representante Legal (curador).

**Não possui discernimento para assinar:** assinado somente pelo Representante Legal (curador).

**Documentação necessária:**

**Curador:** cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

### 3) Cliente impossibilitado de assinar:

**Com coleta de impressão digital (a rogo):** inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do cliente, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

**Sem coleta de impressão digital:** assinado pelo Representante Legal (Procurador).

**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

### 4) Procuradores:

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida.

No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

### 5) Crédito de sinistro para cliente no exterior (residente ou não residente)

**Documentação necessária:** cópias da Declaração de Saída Definitiva do País, emitida pela Receita Federal; do comprovante do endereço atual; documento de identificação; CPF e o formulário de Resgate.

**Obs1.:** Para todos os clientes residentes no exterior, conforme as determinações da Instrução Normativa SRF nº 208/2002, a comunicação de saída definitiva deverá ser encaminhada a fim de evitar pendências tributárias e cadastrais junto à Receita Federal Brasileira. Os resgates de clientes residentes no exterior podem ser duplamente tributados caso não haja acordo entre os países.

**Obs2.:** Para clientes residentes nos EUA, deverá ser enviado o formulário Declaração de Cidadão Americano Residente nos EUA.

**IMPORTANTE:** Nos países que possuem acordo para evitar a dupla tributação, deverá ser requerido a compensação do imposto pago no Brasil, no seu país de origem.

**Obs3.:** Os valores pagos, empregados ou remetidos a clientes ou beneficiários domiciliados no exterior, a título de benefício ou com valores correspondentes ao resgate de contribuições, nos planos de PGBL, serão tributados exclusivamente na fonte à alíquota de 25 %, por se tratar de rendimento de trabalho. Para planos do tipo VGBL (que entram na categoria de seguro de vida com cláusula de cobertura por sobrevivência), o imposto será tributado exclusivamente na fonte à alíquota de 15 %, exceto no caso de ser um país com tributação favorecida, onde a alíquota passa para 25%.

### 6) Acesso: [www.icatuseguros.com.br](http://www.icatuseguros.com.br) e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

7) O preenchimento dos campos de canais de comunicações (telefone e e-mail) são obrigatórios, pois estes são os principais meios de comunicação no andamento do processo. Fique atento as chamadas.

## Dados do Participante/Segurado Sinistrado

Nome Completo	CPF (somente números)
---------------	-----------------------

## Dados do Beneficiário

<h3>Assinale a opção desejada:</h3>	<input type="checkbox"/> Solicitação de Liberação de Reserva de <b>TODOS</b> os certificados do qual sou beneficiário.
	<input type="checkbox"/> Solicitação de Liberação de Reserva dos certificados <b>INDICADOS</b> abaixo.
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou proposta(s) que deseja resgatar:	

Nome Completo		CPF (somente números)	
Grau de Parentesco/Afinidade <sup>1</sup>		Nacionalidade	
		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Possui E-mail ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____		Data de Nascimento	Estado Civil
Nº Documento de Identificação <sup>2</sup>	Natureza do Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição
		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. País: _____	
Profissão		Cargo	Data de Admissão
Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Renda Mensal / Patrimônio Estimado <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não possuo	
Cobertura Pleiteada			

<sup>1</sup> No campo Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.

<sup>2</sup> No caso de beneficiário estrangeiro, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. Para beneficiário menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento pode ser usada como tal.

<sup>3</sup> Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 anos cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppe/>.

<sup>4</sup> Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu, que resido no endereço abaixo:

Endereço Residencial				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ( )	Cel ( )

Dados Bancários do Participante/Segurado/Beneficiário (em caso de crédito em conta corrente ou poupança)

Nº do Banco	Nome do Banco	Nome da Agência	Nº da Agência / DV	Nº da Conta Corrente ou Poupança/ DV	CPF do <input type="checkbox"/> Participante/Segurado <input type="checkbox"/> Beneficiário
-------------	---------------	-----------------	--------------------	--------------------------------------	---



- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, a seguradora se reserva ao direito de efetuar o pagamento através de ordem de pagamento no Banco Santander.
- O crédito somente será realizado na conta corrente ou poupança do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas conta corrente ou poupança de terceiros ou pessoa jurídica**, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos, onde é admitida indicação de conta corrente ou poupança de titularidade do representante legal.
- Quando a opção for pagamento mediante ordem de pagamento, esta será nominal ao beneficiário e, para menores de 16 anos, nominal ao seu representante legal;
- Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

Dados para Crédito em Conta Corrente no Exterior



Exclusivo para Clientes Residentes no Exterior.

Nome do Banco	Número da Conta Corrente	Routing Number	Código Swift
Nome do Titular da Conta			Outros dados
País			Moeda para Crédito

Autorização de Pagamento

Na condição de \_\_\_\_\_ (Participante/Segurado/ Beneficiário) do(s) Certificado(s) indicado(s) neste formulário, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada, autorizo a Icatu, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do(s) mencionado(s) Certificado(s), a efetuar o pagamento da minha cota parte no capital segurado, devidamente atualizado, na forma abaixo escolhida:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (NÃO SERÁ ACEITO CONTA CORRENTE DE TERCEIROS OU PESSOA JURÍDICA)

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (NÃO SERÁ ACEITO CONTA POUPANÇA DE TERCEIROS OU PESSOA JURÍDICA)

ORDEM DE PAGAMENTO DO SANTANDER S/A, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU (O PAGAMENTO SERÁ NOMINAL AO BENEFICIÁRIO)

Nesse sentido, após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima por mim escolhida, outorgo à Icatu, 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.

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.

Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Icatu poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível no Site Institucional. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo	CPF (somente números)	
Profissão	Possui E-mail ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tel ( )	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>4</sup>