

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 e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

Dados do Participante/Segurado Sinistrado

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

Dados do Beneficiário

| | |
|---|---|
| <h2 style="margin: 0;">Assinale a opção desejada:</h2> | Solicitação de Liberação de Reserva de TODOS os certificados do qual sou beneficiário. |
| | Solicitação de Liberação de Reserva dos certificados INDICADOS abaixo. |
| Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou proposta(s) que deseja resgatar: | |

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------|--|--|
| Nome Completo | | | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | |
| Grau de Parentesco/Afinidade ¹ | | Data de Nascimento | Nacionalidade | Estado Civil | |
| | | CPF (somente números) | | | |
| Nº Documento de Identificação ² | | Natureza do Documento de Identificação | Órgão Expedidor | Data de Expedição | |
| | | Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| E-mail | | Profissão | Cargo | | |
| Data de Admissão | Renda Mensal / Patrimônio Estimado ⁴ | | | Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ³ | |
| | <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 | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Cobertura Pleiteada | | | | | |

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

² 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.

³ 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/ppel/>.

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 () () |

Autorização de Pagamento Pessoa Física (Beneficiário Menor de Idade)

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

| | | | | | |
|-------------|---------------|--------------------|-----------------|---------------------------|---|
| Nº do Banco | Nome do Banco | Nº da Agência / DV | Nome de Agência | Nº da Conta Corrente / 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 do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas conta corrente de terceiros ou poupança**, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos, onde é admitida indicação de conta corrente 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 DE MINHA TITULARIDADE (NÃO DEVE SER INDICADA CONTA POUPANÇA)**
- ORDEM DE PAGAMENTO DO SANTANDER, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 30 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU**

Nesse sentido, após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima por mim escolhida, outorgo a 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 do Responsável/Representante Legal (quando necessário)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (se houver dois responsáveis/representantes os campos 1 e 2 devem ser preenchidos)

Responsável/Representante Legal 1

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

Responsável/Representante Legal 2

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