

## Instruções para preenchimento

- Documentação necessária para alteração de nome e/ou estado civil:**
  - Cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito;
- Cliente menor de idade**
  - Menor de 16 anos:** O formulário deve ser assinado pelo representante legal.
  - Maior de 16 e menor de 18 anos:** O formulário deve ser assinado pelo cliente junto com o representante legal.
  - Documentação necessária:** Cópias do documento de identificação do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- Cientes interditados**
  - Possui discernimento para assinar:** Assinatura do cliente e/ou representante legal (curador ou tutor).
  - Não possui discernimento para assinar:** Assinatura somente o representante legal (curador ou tutor).
  - Documentação necessária:** Cópia do documento de identificação e curatela do curador ou tutor nomeado.
- Cientes impossibilitados de assinar**
  - Com coleta de impressão digital:** Inserir a digital do cliente no formulário junto com a assinatura de uma pessoa devidamente identificada, que assinará a pedido do cliente, e ainda acompanhado da assinatura de duas testemunhas
  - Sem coleta de impressão digital:** Assinatura do representante legal ou procurador.
  - Documentação necessária:** Cópia do documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante e a procuração.

## Dados do Cliente

Nome Completo	CPF	Data de Nascimento
---------------	-----	--------------------

## Dados Cadastrais

<b>Assinale apenas os dados que deseja alterar.</b>			
<b>NOME</b>			
Nome Completo			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</b> Para participantes estrangeiros, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação.			
Número	Natureza	Data de Expedição	Órgão Expedidor
CPF <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	<b>SEXO</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>PPE<sup>1</sup></b>
	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<small>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 estrangeiras, 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: <a href="http://www.icatuseguros.com.br/ppe">www.icatuseguros.com.br/ppe</a>                  2- Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.</small>			
<b>ENDEREÇO CADASTRAL</b> (Campo Endereço: Mediante envio de comprovante, sem a necessidade do cliente encaminhar formulário)			
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ( )	E-mail	Estado Civil	
<b>ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial			
Endereço para correspondência		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
<b>TELEFONE</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL</b>	
Tel ( )	Cel ( )	E-mail	
<b>ESTADO CIVIL</b>			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)			Nome do(a) Cônjuge

## Dados bancários e alteração de pagamento

<b>Assinale a opção desejada:</b>	<input type="checkbox"/> Alterar os dados abaixo em <b>TODOS</b> os certificados ou apólices atreladas ao meu CPF.
	<input type="checkbox"/> Alterar os dados abaixo apenas no(s) certificado(s) ou apólices(s) <b>INDICADA(S)</b> abaixo.
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou apólice(s) que deseja alterar:	

<b>Continuação</b>			
<b>ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO</b>		Consulte as formas de pagamento disponíveis em seu seguro.	
Valor da Mensalidade (R\$)	Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Boleto <input type="checkbox"/> Cartão de crédito	Data do Vencimento <sup>a</sup> <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 Outras _____	
<b>CARTÃO DE CRÉDITO</b>			
Cartão de Crédito <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> American Express		Validade do cartão (MM/AA)	Últimos 4 dígitos do cartão
Nome do titular conforme consta no cartão		CPF do titular do cartão	
<b>DADOS BANCÁRIOS</b>			
Preencha em caso de alteração de pagamento para débito em conta e/ou mudança de dados bancários.			
Nome do Banco <sup>c</sup>	Nº do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente/DV

a-Caso seu produto não tenha disponível a data de vencimento escolhida, será considerada a data posterior mais próxima a indicada no campo acima.  
b-Em caso de alteração para cartão de crédito, a Icatu Seguros S/A entrará em contato com o celular do titular para coletar os demais dados do cartão. Caso o contato não possa ser realizado em até 3 (três) tentativas, a forma de pagamento atual será mantida.  
c-Verifique com o seu corretor se o seu seguro possui convênio de débito com o seu Banco. Para Banco do Brasil ou Itaú, além de encaminhar o formulário, é necessário a autorização de cobrança junto ao banco.

**DADOS DO TITULAR DO CARTÃO DE CRÉDITO / CONTA CORRENTE / RESPONSÁVEL FINANCEIRO** Preencher em caso de alteração dos dados bancários e/ou de alteração de pagamento.

Nome completo do titular do Cartão de Crédito / Conta Corrente / Responsável Financeiro	CPF
Autorizo a instituição financeira informada neste formulário a debitar em minha conta corrente/ cartão de crédito também indicada, na data e periodicidade por mim indicadas, o valor correspondente ao montante total das contribuições/ prêmios identificados neste formulário.	Assinatura do titular do Cartão de Crédito / Conta Corrente / Responsável Financeiro

### Autorização/Suspensão de informações ao corretor (PF) ou corretora (PJ)

<input type="checkbox"/> Autorizo	<input type="checkbox"/> Suspenso	Que o corretor altere os dados cadastrais em <b>TODOS</b> os certificado(s) ou apólice(s) atrelados ao meu CPF.
		Que o corretor altere os dados cadastrais dos certificado(s) ou apólices(s) <b>INDICADO(S)</b> neste formulário.

Assinale abaixo qual item deseja que o corretor altere.

E-mail  Endereço  Estado Civil  Telefone

**O corretor somente poderá realizar demandas devidamente autorizadas para o(s) certificado(s) indicados pelo cliente neste formulário na aba "Autorização/Suspensão de informações ao corretor (PF ou PJ)".**

**Indique abaixo os dados do corretor autorizado pelas alterações**

Nº do Certificado ou Apólice	Nome do(a) Corretor(a)	Código Susep
Nº do Certificado ou Apólice	Nome do(a) Corretor(a)	Código Susep
Nº do Certificado ou Apólice	Nome do(a) Corretor(a)	Código Susep
Nº do Certificado ou Apólice	Nome do(a) Corretor(a)	Código Susep

Solicito as alterações conforme especificado neste formulário.

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

\_\_\_\_\_ Assinatura do Cliente

\_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

**DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECESSÁRIO)**

Nome Completo	CPF
Tel ( )	E-mail
Pessoa Politicamente Exposta <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____