

Dados do segurado

Número dos Certificados ou Apólice	CPF	Tel / Cel ()
Nome Completo		Nome do Estipulante ou da Averbadora/Instituidora

Dados do beneficiário

Razão Social	CNPJ
Atividade Principal Desenvolvida	Situação patrimonial/financeira da empresa (em valores)

1º Representante legal da empresa



O representante legal tem que apresentar procuração, quando for procurador, ou ata de eleição, quando for diretor, além do estatuto social atualizado da Pessoa Jurídica.

Nome completo				CPF	
Nº do documento de Identificação	Natureza do documento de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ()	Cel ()
E-mail		Profissão		Cargo	
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio <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			Pessoa Politicamente Exposta?¹ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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 maiores esclarecimentos sobre pessoas politicamente expostas consulte www.icatuseguros.com.br/ppe

2º Representante legal da empresa



O representante legal tem que apresentar procuração, quando for procurador, ou ata de eleição, quando for diretor, além do estatuto social atualizado da Pessoa Jurídica.

Nome completo				CPF	
Nº Doc. de Identificação	Natureza do Doc. de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ()	Cel ()
E-mail		Profissão		Cargo	
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio <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			Pessoa Politicamente Exposta?¹ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Dados bancários do segurado/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.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Na condição de ÚNICO (Segurado/Beneficiário) do Certificado citado acima, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do mencionado Certificado, a efetuar o pagamento da minha cota parte no capital segurado, devidamente atualizado, na forma abaixo:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE (Não será aceito conta corrente de terceiros ou poupança)

ORDEM DE PAGAMENTO DO SANTANDER S/A, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 33 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU SEGUROS S/A (o pagamento será nominal ao beneficiário)

Após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima escolhida, outorgo à Icatu Seguros S/A, 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.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do 1º Representante legal



Assinatura do 2º Representante legal

As assinaturas dos representantes legais do segurado/beneficiário deverão ser reconhecidas em cartório, por semelhança;