



**Dados da Apólice**

|                |                     |                    |  |
|----------------|---------------------|--------------------|--|
| Nº da Apólice  | Nome do Estipulante |                    |  |
| Nº da Proposta | Nº do Certificado   | Início de Vigência |  |

**Cobertura** **Identifique no Certificado do Segurado as coberturas contratadas.**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Morte Natural            | <input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença | <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente |
| <input type="checkbox"/> Morte Acidental          | <input type="checkbox"/> Doenças Graves                            | <input type="checkbox"/> Morte Acidental do Cônjuge        |
| <input type="checkbox"/> Morte Natural do Cônjuge | <input type="checkbox"/> Morte Natural de Filho                    | <input type="checkbox"/> Outras - Especifique: _____       |

**Dados do Sinistro**

|                |                     |        |    |
|----------------|---------------------|--------|----|
| Data do Evento | Local da Ocorrência |        |    |
| Endereço       | Bairro              | Cidade | UF |

Descreva com letra legível como ocorreu o sinistro e as providências tomadas imediatamente após a ocorrência:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| Indicar nome e telefone de quem prestou os primeiros socorros: | Houve intervenção policial? Caso afirmativo, de que tipo?     |
| Informar nome e telefone do Médico Assistente do segurado:     | Houve inquérito policial? Caso afirmativo, em qual delegacia? |

**Dados do Segurado**

|               |        |                        |        |
|---------------|--------|------------------------|--------|
| Nome Completo | CPF    | Data de Nascimento / / |        |
| Endereço      | Número |                        |        |
| Complemento   | Bairro | Cidade                 | UF CEP |

O segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais em outra(s) companhia(s)? Quais?

|  |  |                  |
|--|--|------------------|
| O segurado estava afastado do trabalho?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Desde que data?  | Por qual motivo? |
| O segurado estava aposentado?<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não           | Desde que data?  | Por qual motivo? |
| Data de admissão na empresa (somente para seguro de Vida Empresarial)                                | Último dia de trabalho (somente para seguro de Vida Empresarial) |                  |

**Contatos do Solicitante**

**Indique quem é você e os seus contatos**  Segurado  Beneficiário - parentesco: \_\_\_\_\_  Procurador  Curador

|              |              |       |
|--------------|--------------|-------|
| Tel 1<br>( ) | Tel 2<br>( ) | Email |
|--------------|--------------|-------|

**Preencha estes dados caso você não seja o segurado**

|               |                      |
|---------------|----------------------|
| Nome Completo | CPF                  |
| Endereço      | Número               |
| Complemento   | Bairro Cidade UF CEP |

**Para conclusão do processo de Sinistro é necessário o envio deste formulário junto com a documentação básica. Acesse [www.icatuseguros.com.br](http://www.icatuseguros.com.br) e consulte os documentos.**

Autorizo, na qualidade de segurado/Beneficiário/Representante legal, os médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Icatu Seguros. Autorizo, ainda, que a Icatu Seguros S/A se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
 Assinatura do segurado / Beneficiário / Representante legal