

Assinale apenas uma das opções:

<input type="checkbox"/> Capitalização	<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
--	--------------------------------------	---

Instruções para Preenchimento

- 1) Esse formulário deverá ser preenchido caso o cliente não tenha comprovante de residência em seu nome;
- 2) Documentação necessária
 - Cópia do documento de identificação do cliente;
 - Cliente menor de idade: Cópias do documento de identificação do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
 - Clientes interditados: Cópia do documento de identificação e curatela do curador nomeado.
 - Clientes impossibilitados de assinar: Cópia do documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante e a procuração.

Dados do Cliente

Nome Completo			Nº do Certificado/Apólice/Título ou Proposta	
Data de Nascimento	CPF	Tel ()	Cel ()	
Nº do Documento de Identificação		Órgão Expedidor	Natureza do Documento de Identificação	
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	
E-mail				

Eu, acima identificado, declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço acima. 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 Cliente



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo			CPF	
Tel ()	Cel ()	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____		