

## Instruções de Preenchimento

- Forma de envio:** Envie este formulário para ACIPREV: Rua Primo Picoli, 232 - Centro - Americana - SP - CEP: 13465-640.
- Requerente 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 requerente junto com o representante legal.  
**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.
- Requerentes interditados:**  
**Requerente possui discernimento para assinar:** o formulário deve ser assinado pelo requerente e/ou representante legal (curador ou tutor).  
**Requerente não possui discernimento para assinar:** o formulário deve ser assinado somente pelo representante legal (curador ou tutor).  
**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).  
**Tutor:** cópia do documento de identificação, CPF e o instrumento de tutela.
- Requerentes 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 requerente, e ainda acompanhado de assinatura de uma testemunha.  
**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas.
- 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 por autenticidade.  
 No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

## Dados da Apólice

Nº da Apólice VG	Nº da Apólice AP	Estipulante	
Nº do Estipulante	Subestipulante		Nº do Subestipulante
Nº da Proposta	Seguro <input type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Atualização	Nº do Certificado	Início de Vigência
Cobertura <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Morte Acidental <input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por Acidente <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por Doença			

Obs.: Em caso de lesões, favor anexar os exames comprobatórios.

## Dados do Segurado

Nome Completo		Data de Nascimento	CPF	
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone ( )
O Segurado possui Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais em outra(s) companhia(s)? Quais(s)?				
Última ocupação do Segurado		Último dia de trabalho		
O Segurado estava afastado do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Desde que data? Por qual motivo?				
O Segurado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Desde que data? Por qual motivo?				

## Dados do Requerente

Segurado  Beneficiário – grau de parentesco  Procurador  Curador

Nome Completo		CPF		
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone Comercial ( )	E-mail <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não possui e-mail (endereço eletrônico)	

1- O campo E-mail é de preenchimento obrigatório.

## Dados do Sinistro

Data da ocorrência		Hora da Ocorrência		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:			Informar nome e telefone do Médico Assistente do participante/segurado:		
Houve intervenção policial? Caso afirmativo, de que tipo?			Houve inquérito policial? Caso afirmativo, em qual delegacia?		

Autorizo, na qualidade de Segurado(a)/Beneficiário(a)/Representante Legal, a médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Icatu Seguros, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica. 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



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo			CPF
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>2</sup>	E-mail	
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta <sup>3</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: _____	

2- Em caso requerente menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

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.