

Instruções de Preenchimento

- Documentação necessária para alteração:**
RG/CPF: cópia do próprio documento que deseja alterar a numeração;
Data de nascimento: cópia do documento de identificação ou da certidão de nascimento;
Nome e/ou estado civil: cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito.
Obs.: Por deliberação da Icatu Seguros, o formulário poderá ser solicitado, a qualquer momento, via original com firma reconhecida e documentação complementar.
- Cliente menor de idade**
Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).
Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo Cliente junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).
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. Em caso de tutela, apresentar o Instrumento de tutela.
- Cliente curatelado**
Possui discernimento para assinar: assinado pelo Cliente e/ou Representante Legal (curador).
Não possui discernimento para assinar: assinado somente pelo Representante Legal (curador).
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).
- Cliente 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 cliente, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.
Sem coleta de impressão digital: assinado pelo Representante Legal (Procurador).
Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".
- 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.
 No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).
Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.
- Este formulário será válido por 30 dias após sua assinatura. Caso o protocolo do formulário pela Icatu seja superior a 30 dias da data da assinatura, o formulário perderá a validade, sendo necessário o envio de novo documento com data atualizada.**

Dados do Cliente

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

Dados Cadastrais

Assinale apenas os dados que deseja alterar.			
NOME			
Nome Completo			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Para clientes 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	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PPE ¹
Número	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
1- 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. Para mais esclarecimentos, consulte: https://www.ikatuseguros.com.br/ppe/ .			
ENDEREÇO CADASTRAL Para alteração de endereço, enviar o comprovante.			
Endereço Cadastral		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial			
Endereço para Correspondência		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
TELEFONE		CELULAR	E-MAIL
Tel ()	Cel ()	E-mail	
ESTADO CIVIL			
<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 <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Crédito da renda Para o Banco do Brasil, Bradesco Itaú ou Santander, além de encaminhar o formulário, é necessário autorizar a cobrança junto ao banco.			
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente/DV

Alteração de Pagamento, Idade de Aposentadoria e Tipo de Renda

Assinale a opção desejada:	<input type="checkbox"/> Alterar os dados abaixo em TODOS os certificados ou propostas atreladas ao meu CPF.
	<input type="checkbox"/> Alterar os dados abaixo apenas no(s) certificado(s) ou proposta(s) INDICADA(S) abaixo.

Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou proposta(s) que deseja alterar:

ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO				IDADE DE APOSENTADORIA
Valor da Contribuição (R\$)	Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Boleto	Periodicidade <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Esporádica	Data do Vencimento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25	Idade

DADOS DO TITULAR DA CONTA CORRENTE / RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Preencher em caso de alteração dos dados bancários e de alteração de pagamento.

Nome Completo do Titular da Conta Corrente	CPF
--	-----

Autorizo a instituição financeira informada neste formulário a debitar em minha conta corrente também indicada, na data e periodicidade por mim indicadas, o valor correspondente ao montante total das contribuições/ prêmios identificados neste formulário.

Assinatura do titular da Conta Corrente / Responsável Financeiro

TIPO DE RENDA		
<input type="checkbox"/> Renda mensal temporária _____ anos	<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia com prazo mínimo garantido	<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia reversível ao cônjuge com continuidade aos menores
<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia	<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia reversível ao beneficiário	<input type="checkbox"/> Renda mensal por prazo certo por _____ anos

Autorização/Suspensão de Informações ao Corretor (PF) ou Corretora (PJ)

<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> Não autorizo	A Seguradora a disponibilizar e/ou informar ao corretor principal por mim indicado, informações aqui entendidas como alterações, saldos, movimentações e extratos relacionados ao(s) produto(s) ora contratado(s), durante todo o período de vigência desta proposta, ciente que tais informações poderão ser disponibilizados a mim, pelo corretor, via internet, call center ou correspondências.
---	---

<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> Suspendo	Que o corretor seja informado sobre as alterações, saldo, movimentações e envio de 2ª via de extrato de TODOS os certificados ou propostas atreladas ao meu CPF.
	Que o corretor seja informado sobre as alterações, saldo, movimentações e envio de 2ª via de extrato dos certificados ou propostas INDICADAS abaixo.

Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou apólice(s):

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

Assinale abaixo qual item deseja que o corretor altere.

Endereço Estado Civil Telefone

INDIQUE ABAIXO OS DADOS DO CORRETOR AUTORIZADO PELAS ALTERAÇÕES

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

O corretor poderá solicitar apenas demandas devidamente autorizadas para o(s) certificado(s) indicados pelo cliente neste formulário, na aba "Autorização/Suspensão de Informações ao Corretor (PF) ou Corretora (PJ)".

Solicito as alterações conforme especificado neste formulário.
É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____/____/____



Assinatura do Cliente



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Profissão	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	E-mail
Tel ()	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ³	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

²- 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. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppel/>.

³- Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.