

## Instruções de Preenchimento

### 1) Forma de envio

Envie este formulário para OABPrev-NE: Rua Rodrigues de Aquino, 37 – Centro, João Pessoa / PB– CEP 58013-030.

### 2) 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 participante 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.

### 3) Requerentes interditados

**Requerente possui discernimento para assinar:** o formulário deve ser assinado pelo participante 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.

### 4) Participantes 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 participante, 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.

### 5) 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)? Quai(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?					

# Aviso de Sinistro



JAN/2019

## 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 possuo 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.