

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail apcdprev@apcdprev.org.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para APCDPrev: Rua Voluntários da Pátria, nº 547 Mezanino, Santana, São Paulo-SP- CEP: 02011-000.

2) Requerente menor de idade

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo Requerente 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.

3) Requerente curatelado

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Requerente 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).

4) Requerente 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 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".

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).

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.

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 (somente números)		
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?					

Aviso de Sinistro

O Segurado estava aposentado? Sim Não
Se sim: Desde que data? Por qual motivo?

Dados do Requerente Segurado Beneficiário – grau de parentesco Procurador Curador

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

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

Dados do Sinistro O campo "Data da Ocorrência" é de preenchimento obrigatório.

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.

A APCDPrev se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / _____



Assinatura do Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)	
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ²	E-mail	
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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- 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.