EXAMINATION REGISTRATION FORM

INTRODUCTION TO CLAIMS

(Introdução a Sinistros)

1. CANDIDATE NUMBER: |_|_|_|_|_|_|_|_|
(número do candidato – NÃO PREENCHER)

2.NAME (nome): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ENTER LAST NAME, FOLLOWED BY A COMMA, FIRST NAME, MIDDLE INITIAL.
(USE THE NAME YOU WANT TO APPEAR ON YOUR CERTIFICATE OF COMPLETION).
ÚLTIMO NOME seguido de vírgula antes do PRIMEIRO NOME

3. PRESENT JOB TITLE (CARGO ATUAL):
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. EMPLOYER'S NAME (NOME DO EMPREGADOR):
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

5. HOME ADDRESS (ENDEREÇO RESIDENCIAL):
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
STREET AND NUMBER (RUA E NÚMERO)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
CITY (CIDADE)

|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|
STATE (ESTADO) ZIP-CODE (CEP) COUNTRY (PAÍS)

E-MAIL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BUSINESS ADDRESS (ENDEREÇO COMERCIAL):
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
STREET AND NUMBER (RUA E NÚMERO)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
CITY (CIDADE)

|_|_|_|_| STATE (ESTADO)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ZIP- CODE (CEP)

|_|_|_|_|_|_|_|_|_| COUNTRY (PAÍS)

6. HOME PHONE (TELEFONE RESIDENCIAL):
|_|_|_|/ |_|_|_| - |_|_|_|_| FAX |_|_|_| - |_|_|_|_|

BUSINESS PHONE (TELEFONE COMERCIAL):
|_|_|_|/ |_|_|_| - |_|_|_|_| FAX |_|_|_| - |_|_|_|_|

7. MONTH AND YEAR OF BIRTH (MÊS E ANO DE NASCIMENTO): |_|_|/|_|_|_|_|

8. SEX : ☐ MALE (MASC.) ☐ FEMALE (FEM.)

9. I UNDERSTAND THAT FOR PUBLIC RECOGNITION OF EXAM PASSERS, THE INSTITUTE MAY RELEASE INFORMATION ABOUT THOSE WHO HAVE PASSED THE EXAM TO PERSONS SUCH AS COURSE LEADERS, APPROPRIATE REPRESENTATIVES OF COMPANIES, OR LOCAL CPCU/IIA CLASS ADMINISTRATORS. I UNDERSTAND THAT IF I DO NOT PASS, NO INFORMATION WILL BE RELEASED TO ANY ONE EXCEPT AN APPROPRIATE REPRESENTATIVE OF MY EMPLOYER IF MY EMPLOYER HAS PAID MY EXAM FEE DIRECTLY TO THE INSTITUTE AND/ OR USES THIS COURSE AS PART OF ITS COMPANY ORIENTATION AND TRAINNING PROGRAM.

(ESTOU CIENTE DE QUE, PARA O RECONHECIMENTO PÚBLICO DOS APROVADOS, O INSTITUTO PODERÁ DIVULGAR INFORMAÇÕES AOS SUPERIORES OU QUAISQUER REPRESENTANTES DESSES APROVADOS. ESTOU CIENTE DE QUE, CASO NÃO SEJA APROVADO, NENHUMA INFORMAÇÃO SERÁ DIVULGADA, COM EXCEÇÃO A UM REPRESENTANTE DA MINHA EMPRESA, SE ESTA TIVER PAGO MINHA INSCRIÇÃO DIRETAMENTE AO AICPCU, COMO PARTE DE UMA ORIENTAÇÃO OU PROGRAMA DE TREINAMENTO).

______________________ DATE (DATA)

______________________ SIGNATURE OF STUDENT (ASSINATURA DO ESTUDANTE)

☐ PESSOA FÍSICA

☐ PESSOA JURÍDICA