

Forma de Envio

Para o participante BPD, autopatrocinado e para o beneficiário de pensão por morte, o formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdepensao@icatusseguros.com.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para o endereço: Avenida Oscar Niemeyer, 2000, - Porto Maravilha, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.220-297.
O participante ativo (funcionário) além das opções acima, também poderá realizar a entrega do documento no RH da sua Patrocinadora.

Instruções de Preenchimento

1) 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 Cliente junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Documentação necessária: cópias do documento de identificação e 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.

2) Requerente 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).

3) 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 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".

4) 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 deve ser assinado devidamente pelo procurador.

Plano PLANO ACRINOR DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA	Patrocinadora (Empresa)
--	-------------------------

Dados do Participante  Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF (somente números)
---------------	-----------------------

Dados do Requerente ¹

Nome Completo			CPF (somente números)				
Doc. de Identificação ¹		Natureza do doc. de identificação ¹		Órgão Expedidor		Data de Expedição	
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nacionalidade		Naturalidade		Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estado Civil		E-mail Pessoal			Telefone Fixo		Telefone Celular
Endereço (Av./Rua)				Número		Complemento	
Bairro		Cidade			UF	CEP	Domicílio Fiscal (UF) ³
Profissão			Renda Mensal R\$			Data do Falecimento ou Invalidez ⁴	
Filiação (Mãe)			Filiação (Pai)				
Nome do Cônjuge					CPF do Cônjuge		

Declaro possuir isenção de IR devido a moléstia grave.

 A isenção do IR está prevista no Inciso XIV do Art. 6º da Lei nº 7.713/1988. A relação de documentos necessários para comprovar a moléstia grave está contida no fim do formulário.

1- No caso de Benefício de Aposentadoria Normal, Antecipada e Benefício por Invalidez, o requerente será o próprio participante do plano. Referente a Benefício de Pensão por Morte, o requerente deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário Indicado.
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.icatusseguros.com.br/ppe/>.
3- O campo Domicílio Fiscal deve ser preenchido com a UF do endereço informado na declaração do Imposto de Renda.
4- O campo deverá ser preenchido em casos de Benefícios de Pensão por Morte ou Aposentadoria por Invalidez.

Nos termos do regulamento do plano, venho requerer o benefício, conforme opção abaixo:

Auxílio - Doença

Aposentadoria por Invalidez

Aposentadoria Normal

Aposentadoria Antecipada

Pensão por Morte antes da Aposentadoria

Pensão por Morte após a Aposentadoria

DESEJO RECEBER O BENEFÍCIO ASSINALADO ACIMA DA SEGUINTE FORMA:

Pagamento único de _____ (até 25 %) do saldo da Conta do Participante, e o restante por meio de uma das opções abaixo.

DESEJO RECEBER O SALDO REMANESCENTE OU TOTAL (CASO NÃO TENHA OPTADO PELO PAGAMENTO À VISTA) DE ACORDO COM O ITEM 10.4 DO REGULAMENTO DO PLANO, DA SEGUINTE FORMA:

Renda Mensal sob o prazo estimado de _____ anos (mínimo de 10 anos), calculado a partir do Saldo de Conta Aplicável ⁵.

Benefício de renda mensal, calculado mensalmente, de um percentual de _____ % (entre 0,10% a 2,50%) do saldo de conta remanescente da Conta do Participante, referente ao mês imediatamente anterior ao do mês de competência do pagamento observado o intervalo de 0,05% no momento da alteração.

Renda Mensal Fixa em Reais no valor de R\$ _____ (entre 10 anos e de 50 anos).

Obs 1.: O PARTICIPANTE ATIVO exceto aquele em gozo de BENEFÍCIO de AUXÍLIO-DOENÇA, ao requerer seu BENEFÍCIO poderá optar por receber como adiantamento, em uma única parcela, até 25% (vinte e cinco por cento) do SALDO DE CONTA APLICÁVEL, sendo o valor restante transformado em renda programada.

Obs 2.: O PARTICIPANTE ASSISTIDO poderá alternativamente solicitar o adiantamento por ocasião da revisão do prazo de recebimento do BENEFÍCIO, limitado a 25% (vinte e cinco por cento) do SALDO DE CONTA residual, o novo BENEFÍCIO será calculado a partir do saldo restante.

Obs 3.: O prazo estabelecido no item 10.4 poderá ser revisto pelo PARTICIPANTE ASSISTIDO a cada ano até o mês de maio, vigorando a revisão a partir do mês de junho, observando o mínimo inicial de 10 (dez) anos.

Obs 4.: Caso o Benefício resulte em valor inferior a 50% do Salário Unitário, o Participante Ativo ou o Beneficiário Indicado receberá o Saldo de Conta Aplicável residual em forma de pagamento único. Efetuado este pagamento, extinguem-se, definitivamente, todas as obrigações do ICATU FUNDO MULTIPATROCINADO com o Participante Ativo ou Beneficiário Indicado.

Obs. 5: O valor do BENEFÍCIO será mantido fixo por 12 (doze) meses, sendo a partir daí corrigido anualmente no mês de janeiro pela variação anual do INPC, para vigência nos 12 (doze) meses seguintes, e assim sucessivamente. O prazo estabelecido poderá ser revisto pelo PARTICIPANTE ASSISTIDO ou BENEFICIÁRIO INDICADO a cada ano no mês de maio, vigorando a revisão a partir do mês de junho, observado o mínimo inicial de 10 (dez) anos. O BENEFÍCIO será pago até o esgotamento do saldo ou até o término do prazo ou a morte do PARTICIPANTE ASSISTIDO ou do último BENEFICIÁRIO INDICADO, o que ocorrer primeiro.

Dados para Crédito do Benefício ⁵

Nome do Correntista			CPF (somente números)
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente

⁵- O pagamento será efetuado somente na conta corrente em nome do Participante, não sendo acatado conta de terceiros, poupança, salário ou de pessoa jurídica. O comprovante bancário deverá ser enviado junto com este documento.

Dados dos Dependentes Financeiros – Regime Progressivo ⁶

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	SEXO F/M	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE AFINIDADE	INVÁLIDO S/N	UNIVERSITÁRIO S/N

⁶- Nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda, informo que tenho como dependente(s), a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de indicação de dependente financeiro e que estou de acordo com tal tratamento. Em caso de revogação deste consentimento, estou ciente de que os dados pessoais da criança/adolescente então indicada(o) como dependente serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à Patrocinadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização. O IcatuFMP 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 Requerente



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 ⁷	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <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: _____

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

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA PROGRAMADA

- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Comprovante Bancário;
- Cópia da Carteira Profissional, que contenha a foto, qualificação civil, contrato com a Patrocinadora e anotações gerais se houver aviso prévio, ou no caso de Diretor e Conselheiro não empregado cópia da Ata de Conselho que o destituiu.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Requerente;
- Cópia da Carta de Concessão/memória de cálculo do benefício concedido pela Previdência Social;
- Cópia da Certidão PIS/PASEP/FGTS expedida pela Previdência Social;
- Cópia da Carteira de Identidade e CPF do participante e do(s) Beneficiário(s);
- Comprovante Bancário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Requerente;
- Cópia da Carta de Concessão/memória de cálculo do benefício concedido pela Previdência Social;
- Cópia da Certidão PIS/PASEP/FGTS expedida pela Previdência Social;
- Cópia da Certidão de Óbito do participante;
- Comprovante Bancário;
- Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Participante e do(s) Beneficiário(s).

No caso de acidente de trabalho ou pessoal, acrescentar:

- Cópia do Laudo do Levantamento Cadavérico;
- Cópia do Certidão de Ocorrência Policial;
- Cópia do CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho – frente e verso, se for o caso.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE IR A MOLÉSTIA GRAVE:

- Cópia autenticada do laudo pericial¹² emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de doenças passíveis de controle;

- Cópia do documento do INSS (Carta de Concessão da Aposentadoria);

12- Em conformidade com a Solução de Consulta SRF 134, de 10 de outubro de 2008, considera-se laudo pericial para esse fim o documento escrito pelo perito, assim entendido o médico que detenha conhecimentos técnicos profundos na área de especialização a que se refere à moléstia grave de que o beneficiário dos rendimentos seja portador, e que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

- Órgão emissor;
- A qualificação do portador da moléstia;
- O diagnóstico da moléstia (descrição. CID 10; elementos que o fundamentaram; data a partir da qual o paciente deve ser considerado portador da moléstia);
- A informação de que a moléstia seja ou não passível de controle, entendendo-se por controle da moléstia a não apresentação de sintomas característicos desta, desde que não decorra de tratamento médico em andamento;
- Caso a moléstia seja passível de controle, o prazo de validade do laudo pericial;
- O nome completo, a assinatura e a qualificação (s) profissional(is) pela emissão do laudo pericial.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RESGATE DE CLIENTE RESIDENTE NO EXTERIOR:

- Cópia da Declaração de Saída Definitiva do País, emitida pela Receita Federal, cópia do comprovante do endereço atual, cópia do documento de identificação, cópia do CPF e o formulário de Resgate. Deve ser informada uma conta no Brasil para crédito do valor de Resgate.