

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 fundosdependencia@icatuseguros.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	Patrocinadora (Empresa)
PLANO AJINOMOTO DE PREVIDÊNCIA	

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 Nascimento		Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nacionalidade
Estado Civil		E-mail Pessoal	Telefone Fixo
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)
Profissão	Renda Mensal R\$	Data do Falecimento ou Invalidez ⁴	
Filiação (Mãe)	Filiação (Pai)		
Nome do Cônjuge		CPF do Cônjuge (somente números)	

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.icatuseguros.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:

<input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada <input type="checkbox"/> Benefício por Incapacidade <input type="checkbox"/> Benefício por Morte <input type="checkbox"/> Benefício por Morte de Participante Assistido <input type="checkbox"/> Benefício por Tempo de Serviço
--

DESEJO RECEBER O BENEFÍCIO ASSINALADO ACIMA DA SEGUINTE FORMA:

<input type="checkbox"/> 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 DA SEGUINTE FORMA:

<input type="checkbox"/> Pagamentos mensais, em número constante de quotas, por um período pré-determinado de _____ anos (de 5 a 20 anos). Obs.: o período de recebimento poderá ser redefinido pelo Participante ou pelos Beneficiários, quando for o caso, uma vez por ano.
<input type="checkbox"/> Benefício de renda mensal, calculado mensalmente, de um percentual de _____ % (entre 0,5 % e 2 %) do saldo de conta remanescente da Conta do Participante, referente ao mês imediatamente anterior ao do mês de competência do pagamento. Obs.: Esse percentual poderá ser alterado pelo Participante ou pelos Beneficiários, quando for o caso, uma vez por ano.

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 Icatu FMP 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.