

Endereço/Forma de Envio

Este 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.

Plano PLANO DE BENEFÍCIOS PREV-RENDA	Patrocinadora
--	---------------

Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

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 (somente números)	Domicílio Fiscal (UF) ³
Profissão			Cargo			Data de Admissão
Filiação (Pai)		Filiação (Mãe)			Nome do Cônjuge	

1- No caso de Participante estrangeiro, o passaporte poderá ser utilizado como documento de identificação.

2- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empresas 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/ppes/>.

Dados do Beneficiário Requerente

Os dados abaixo somente deverão ser preenchidos em caso de Pensão por Morte. O campo "Data do Falecimento ou Invalidez" deverá ser preenchido no caso de Pensão por Invalidez.

Nome Completo ¹			CPF (somente números)			
Doc. de Identificação		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		
Estado Civil		E-mail		Telefone Fixo		Telefone Celular
Filiação (Pai)			Filiação (Mãe)			
Profissão		Renda Mensal		Nome do Cônjuge		
Endereço (Av./Rua)			Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP (somente números)	
Data do Falecimento ou Invalidez ⁴			Domicílio Fiscal (UF) ³			

3- O campo "Domicílio Fiscal" deve ser preenchido com a UF do endereço informado na declaração do Imposto de Renda.

4- O campo Data do Falecimento ou Invalidez deve ser preenchido no caso de solicitação do Benefício de Pensão por Morte ou Invalidez.

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

<input type="checkbox"/> Renda Temporária por Tempo de Contribuição	<input type="checkbox"/> Benefício por Morte ⁵
<input type="checkbox"/> Antecipação de Renda Temporária por Tempo de Contribuição	<input type="checkbox"/> Pecúlio por Invalidez ⁶
<input type="checkbox"/> Renda Temporária por Idade	<input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte ⁶
<input type="checkbox"/> Benefício por Invalidez ⁵	

5- Nos casos de Benefício por Invalidez ou Morte não será concedida a opção de adiantamento de até 25% do Saldo da Conta Participante Total Plano e do Saldo da Conta Total Patrocinadora Plano.

6- Equivale a 03 vezes o salário de participação relativo ao mês precedente ao do falecimento do participante Ativo ou do Participante em gozo de Benefício, de acordo com o Art.31.

Nos casos de solicitação de aposentadoria normal ou antecipada, desejo receber:

Pagamento único de _____ % (até 25%) dos Saldos de Contas Totais Patrocinadora e Participante Plano não podendo o saldo remanescente se tornar inferior a 1 UMPR.

O saldo de conta remanescente ou total deverá ser pago da seguinte forma:

- Renda Mensal Temporária sob o prazo de _____ (em anos).
- Renda Mensal Temporária com base na expectativa de vida apontada por tábuas biométricas indicadas na Nota Técnica Atuarial do Plano.
- Renda Mensal Temporária sob a forma de percentual do saldo correspondente a _____ % (1%, 2% ou 3% sobre o saldo do Fundo Assistido).
- Pecúlio sob a forma de Pagamento Único.

- O pagamento será efetuado somente na conta corrente de titularidade do Participante ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, não sendo acatado conta de terceiros ou de pessoa jurídica.
- Caso a Renda Mensal gere um valor inferior a 1 UMPR, o saldo das contas será pago de uma só vez.

Dados para Crédito do Benefício

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

Dados dos Dependentes Financeiros – Regime Progressivo ¹⁰

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

10- 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.

Declaração do Participante

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 Participante



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 Participante /beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.