

**Instruções de Preenchimento**

**1) Forma de envio:**

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.  
 Para os participantes Autopatrocinaados, Assistidos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail [fundosdepensao@icatusseguros.com.br](mailto: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.

**2) Participante curatelado:**

**Possui discernimento para assinar:** assinado pelo Participante 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) Participante 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 Participante, 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 deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

Plano <b>PLANO DE BENEFÍCIOS BRKPREV</b>	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

**Dados do Participante**

Nome Completo		CPF (somente números)
Tel ( )	E-mail Pessoal	E-mail Corporativo

**Assinale apenas os dados que desejar alterar.**

**Alteração dos Beneficiários<sup>1</sup>**

**Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.**

SEQ.	NOME DO BENEFICIÁRIO <sup>2</sup>	CPF (somente números)	% DE RATEIO <sup>3</sup>	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE
1						
2						
3						
4						
5						

1- Pessoa física indicada pelo Participante para receber o Benefício por Morte assegurado no Regulamento do Plano.  
 2- Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Manutenção do Plano".  
 3- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

**Declaração**

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente eventualmente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de beneficiário 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 beneficiário(a) serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

**Alteração do Percentual de Contribuição**

**Assinale apenas os dados que desejar alterar.**

Desejo efetuar Contribuição Regular Mensal correspondente a \_\_\_\_\_% sobre o Salário de Contribuição<sup>4</sup> (percentual inteiro entre 1 e 12%)

Desejo efetuar Contribuição Esporádica<sup>5</sup> no valor de R\$ \_\_\_\_\_.

Desejo efetuar Contribuição Esporádica correspondente a \_\_\_\_\_% sobre a participação nos lucros e resultados.

Desejo efetuar Contribuição Esporádica correspondente a \_\_\_\_\_% sobre o valor da rescisão do meu contrato de trabalho.

4- Significa o salário base nominal do participante, observadas as referências de remuneração da respectiva Patrocinadora no Brasil, na qualidade de mensalista ou horista, ou honorários ou pró-labore se na condição de administrador.  
 5- O pagamento de Contribuição Esporádica pelos Participantes Regulares está condicionado ao recolhimento de Contribuições Regulares, exceto se incidente sobre verbas recebidas da Patrocinadora em decorrência da rescisão do contrato de trabalho ou sobre participações nos lucros ou resultados (PLR).

**IMPORTANTE**

- A Patrocinadora efetuará os descontos em folha de pagamento da Contribuição Regular Mensal, da Contribuição Esporádica e, quando for o caso, das outras contribuições que competem ao participante Regular, no custeio do Plano de Benefícios.

**Suspensão de Contribuição / Cancelamento de Contribuição**

Desejo suspender<sup>6</sup> a Contribuição Regular Mensal durante o período de \_\_\_\_ meses (1 a 6).

Desejo cancelar<sup>7</sup> a minha inscrição no Plano de Benefícios BRKPrev.

6- Opção exclusiva para os participantes ativos-funcionários, vinculados à patrocinadora. A suspensão da contribuição regular mensal poderá ser realizada pelo período de até 6 (seis) meses. Ao efetuar a suspensão, a Patrocinadora interromperá com as suas contribuições ao Plano e um novo pedido de suspensão, somente poderá ser realizado após o período 6 (seis) meses após o retorno das contribuições.

7- Artigo 9º do Regulamento do Plano.

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 Responsável/Representante Legal (caso necessário)**

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal/Patrimônio Estimado <sup>8</sup>	E-mail
Tel (    )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>9</sup> <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: _____

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

9- 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/>.