

## 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](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.  
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<br><b>PLANO PREVINOR DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA</b> | Patrocinadora (Empresa) |
|---|-------------------------|

## Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

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

## Dados do Requerente <sup>1</sup>

|                                    |  |  |                  |
|------------------------------------|--|--|------------------|
| Nome Completo                      |  | CPF (somente números)                          |                  |
| Doc. de Identificação <sup>1</sup> |  | Natureza do doc. de identificação <sup>1</sup> | Órgão Expedidor  |
| Data de Nascimento                 | Sexo<br><input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | Nacionalidade                                  | Naturalidade     |
| Estado Civil                       | E-mail Pessoal   | Telefone Fixo                                  | Telefone Celular |
| Endereço (Av./Rua)                 | Número   | Complemento                                    |                  |
| Bairro                             | Cidade   | UF   | CEP              |
| Profissão                          | Renda Mensal<br><b>R\$</b>   | Data do Falecimento ou Invalidez <sup>4</sup>  |                  |
| 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.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:**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Auxílio - Doença                        |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez             |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal                    |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada                |
| <input type="checkbox"/> Pensão por Morte antes da Aposentadoria |
| <input type="checkbox"/> Pensão por Morte após a Aposentadoria   |

**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 (CASO NÃO TENHA OPTADO PELO PAGAMENTO À VISTA) DE ACORDO COM O ITEM 10.4 DO REGULAMENTO DO PLANO, DA SEGUINTE FORMA:**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> De acordo com o item 10.3 do regulamento do plano, desejo receber o Pagamento único de _____ (até 25 %) do saldo da Conta do Participante;                                       |
| <input type="checkbox"/> Alteração do prazo escolhido anteriormente para ____ anos (mínimo de 10 anos), calculado a partir do Saldo de Conta Aplicável de acordo com o item 10.4 do regulamento do plano. |

**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.

**Dados para Crédito do Benefício <sup>5</sup>**

|                     |               |               |                       |  |  |
|---------------------|---------------|---------------|-----------------------|--|--|
| 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 <sup>6</sup>**

| 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 <sup>7</sup>   | E-mail  |  |
| Tel ( )       | Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Grau de Parentesco/Afinidade<br><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 pericial<sup>12</sup> 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:
- a) Órgão emissor;
  - b) A qualificação do portador da moléstia;
  - c) O diagnóstico da moléstia (descrição. CID 10; elementos que o fundamentaram; data a partir da qual o paciente deve ser considerado portador da moléstia);
  - d) 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;
  - e) Caso a moléstia seja passível de controle, o prazo de validade do laudo pericial;
  - f) 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.