

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.
Para os participantes Autopatrocinados, Assistidos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundoseguros@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 PLANO DE BENEFÍCIOS TELEMARPREV	Patrocinadora (Empresa) V.TAL
---	---

Dados do Participante

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



Assinale apenas os dados que deseja alterar.

Alteração do Percentual de Contribuição



Assinale apenas os dados que deseja alterar.

- ☐ Desejo efetuar Contribuição Extraordinária Adicional¹ correspondente a _____ % do Salário de Participação (em múltiplos de 0,5%), pelo período de _____ meses, observado o prazo mínimo de 6 meses.
- ☐ Desejo efetuar Contribuição Extraordinária Eventual² correspondente a _____ % do Salário de Participação, observado o valor mínimo equivalente a 5% do teto do Salário de Participação.

1- Contribuição Extraordinária Adicional: contribuição realizada mensalmente, pelo período definido pelo participante neste formulário. O percentual escolhido permanecerá vigente durante todo o prazo solicitado, podendo ser alterado somente após o término desse período.

2- Contribuição Extraordinária Eventual: contribuição realizada em parcela única, descontada uma única vez sobre o Salário de Participação, observadas as condições previstas no Regulamento do Plano.

Cancelamento de Inscrição ao Plano³

- ☐ Solicito o cancelamento de minha inscrição ao Plano de Benefícios, junto ao IcatuFMP. Estou ciente que esse cancelamento implicará na perda do direito a benefícios, estendendo-se aos meus beneficiários do plano.

3- O Participante Ativo que possuir direito ao Benefício Saldado e solicitar o cancelamento de sua inscrição não terá seu vínculo com o Plano encerrado. Nessa situação, será reequadrado na condição de Participante Ativo Restrito, permanecendo com os direitos e deveres relacionados ao Benefício Saldado, bem como às opções de Resgate e Portabilidade, conforme previsto no 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 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 Participante



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo	CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal/Patrimônio Estimado ⁴
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁵
	☐ Sim ☐ Não
	Grau de Parentesco/Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Outro: _____

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

5- 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/ppel/>.

Centro de Relacionamento: 0800 285 3004

Ouvidoria Icatu: 0800 286 0047, caso não tenha ficado satisfeito com a resolução, entre em contato conosco. Ao ligar tenha em mãos o número do protocolo de atendimento. Dias úteis, das 8h às 18h.