

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosedependencia@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: formulário assinado pelo participante e/ou representante legal (curador).

Não possui discernimento para assinar: formulário 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 terceiro (rogado) devidamente identificado, que assinará a pedido do Participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

Sem coleta de impressão digital: formulário 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) Participante menor de idade:

Menor de 16 anos: formulário assinado pelo representante legal (mãe/pai/tutor).

Maior de 16 e menor de 18 anos: formulário assinado pelo Participante junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Documentação necessária: cópias do documento de identificação, 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.

5) Procuradores:

No caso de procuração particular, enviar a cópia do instrumento de procuração (ainda vigente e com 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 (ainda vigente e com prazo de emissão não superior a 24 meses).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência do cliente e do procurador.

Comprovantes de residência válidos: 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. 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 CARTAPREV – FUNDO DE PREVIDÊNCIA DOS CARTÓRIOS

Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo		
CPF (somente números)	Nº do Doc. de Identificação	Nº da Proposta

Dados Cadastrais Assinale apenas os dados que desejar alterar.

NOME Preencher em caso de correção ou alteração do nome.			
Nome Completo do Participante			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ¹			
Nº Doc. de Identificação	Natureza	Órgão Expedidor	Data de Expedição
CPF (somente números) ²	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PPE ³
Número	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento	Pessoa Politicamente Exposta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
IDADE DE ENTRADA NO BENEFÍCIO	PROFISSÃO	RELACIONAMENTO ELETRÔNICO	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

2- Para alterar o nº do CPF deverá enviar a cópia do documento que possua a referida numeração (CPF, RG, CNH, CTPS ou passaporte).

3- 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/>.

Endereço de Correspondência Residencial Comercial Assinale apenas os dados que deseja alterar.

ENDEREÇO RESIDENCIAL Para alteração de endereço enviar somente o formulário. Não há a necessidade do envio do comprovante.			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)
ENDEREÇO COMERCIAL			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)

TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE COMERCIAL		CELULAR	
Tel ()		Tel ()		Cel ()	
E-MAIL					
ESTADO CIVIL Enviar certidão de casamento atualizada ou declaração de união estável, conforme caso.					
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Em União Estável					Nome do(a) Cônjuge

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

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	% DE RATEIO ⁴	GRAU DE AFINIDADE ⁵	DATA DE NASCIMENTO

4- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

5- No campo de grau de afinidade indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc.) ou parentesco com o beneficiário indicado. Para indicar herdeiros adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Alteração de Dados".

Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente 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.

Forma de pagamento, Aumento/Redução/Suspensão do valor da Contribuição Básica mensal, Cancelamento da vinculação ao Plano e Cancelamento da Contribuição de Risco Preencha somente os campos que deseja alterar.

ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO Para o Banco do Brasil e Bradesco além de encaminhar o formulário, é necessário autorizar a cobrança junto ao banco.			
Forma de Pagamento		Data do Vencimento	Nº do Banco - Banco do Brasil (001), Bradesco (237)
<input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente (Se Débito em Conta Corrente, informar os dados abaixo)		<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25	Nº da Agência
Nº da Conta Corrente	CPF do Titular da Conta	Nome do Titular da Conta	Assinatura do Titular da Conta
AUMENTO/ REDUÇÃO DO VALOR DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL ⁶			REDUÇÃO DA PARCELA ADICIONAL DE RISCO
<input type="checkbox"/> Alterar o valor da Contribuição Básica para R\$ _____.			Valor da Contribuição para Benefício por Morte R\$ _____ Valor da Contribuição para Invalidez R\$ _____
SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL ⁶			
Suspender a Contribuição Básica por _____ meses.		Quanto à Contribuição de Risco opto por: <input type="checkbox"/> Manter o pagamento na modalidade atual (boleto/débito em conta). <input type="checkbox"/> Autorizar o débito da contribuição de risco e taxa administrativa do meu saldo da conta individual.	
CANCELAMENTO DA VINCULAÇÃO AO PLANO			CANCELAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE RISCO
<input type="checkbox"/> Cancelar a vinculação ao plano. Esta solicitação cancela todo o plano do Participante.			<input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Morte e Invalidez

6- Conforme Regulamento do Plano, a Contribuição Básica mensal tem caráter obrigatório e será livremente escolhida pelo Participante, podendo ser alterada a qualquer momento, mediante formalização à Entidade, observado o valor mínimo de R\$ 80,00.

Observações

A suspensão poderá ser realizada pelo período de doze meses. Ao término desse período, o plano será automaticamente reativado e só será possível nova suspensão após um mês de contribuição. O Participante licenciado poderá voltar a contribuir a qualquer momento, mediante formalização à Entidade. Solicitações relacionadas a dados financeiros deverão ser realizadas com prazo mínimo de 30 dias de antecedência da próxima cobrança. O não pagamento da Contribuição de Risco, referente às coberturas de morte e invalidez implicará na suspensão ou cancelamento, nas condições especificadas pela sociedade seguradora.

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 do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁷ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	E-mail
Tel ()	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁸	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- 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.icutuseguros.com.br/ppe/>.

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