

Instruções de Preenchimento

- 1) Enviar a cópia do comprovante de domicílio bancário (documento bancário que comprove o número da conta corrente).
- 2) **Forma de envio:**
O 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.
- 3) **Participante menor de idade**
Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).
Maior de 16 e menor de 18 anos: 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.
- 4) **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).
- 5) **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".
- 6) **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 por autenticidade.
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 CARTAPREV – FUNDO DE PREVIDÊNCIA DOS CARTÓRIOS
--

Dados do Participante **Campo de preenchimento obrigatório.**

Nome Completo	CPF (somente números)	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta ¹
---------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------

1- Na Proposta de Adesão ou no Kit Boas Vindas, você encontra o número da proposta.

Antes de seguir com o preenchimento, fique atento às orientações a seguir:

- Os valores preenchidos nos campos abaixo deverão ser brutos e o crédito em conta será líquido, isto é, descontado o imposto de renda devido, com base na tabela de tributação escolhida.
- O valor preenchido pode sofrer variação na data de crédito do resgate em função da atualização da cota do plano.

Contribuições Básicas **Assinale apenas as contas que deseja resgatar.**

Quero efetuar o Resgate Parcial no valor de R\$ _____ (limitado a 20% das Contribuições Básicas)
--

- Contribuições Básicas: contribuição obrigatória e mensal paga pelo Participante e destinada à constituição de reservas com a finalidade de prover o pagamento de benefícios.
- O prazo de carência é de 36 meses contados a partir da inscrição no Plano até a solicitação do resgate.
- Após o cumprimento da carência inicial, o Participante poderá resgatar até 20% das Contribuições Básicas a cada dois anos.
- O resgate de 100% das Contribuições Básicas somente poderá ocorrer no cancelamento da inscrição do Participante no Plano.

Contribuições Eventuais

<input type="checkbox"/> Quero efetuar o Resgate Total	<input type="checkbox"/> Quero efetuar o Resgate Parcial no valor de R\$ _____
--	--

- Contribuições Eventuais: contribuição esporádica realizada pelo Participante.
- O prazo de carência é de 36 meses contados a partir da inscrição no Plano até a solicitação do resgate.
- Após o cumprimento da carência inicial, o Participante poderá solicitar o resgate a qualquer tempo.

Portabilidade Entidade Aberta

<input type="checkbox"/> Quero efetuar o Resgate Total	<input type="checkbox"/> Quero efetuar o Resgate Parcial no valor de R\$ _____
--	--

- Portabilidade Entidade Aberta: reserva formada por recursos financeiros recepcionados no plano, constituídos em planos de benefícios administrados por Entidades Abertas de Previdência Complementar.
- O prazo de carência é de 36 meses contados a partir da inscrição no Plano até a solicitação do resgate.
- Após o cumprimento da carência inicial, o Participante poderá solicitar o resgate a qualquer tempo.

Portabilidade Entidade Fechada

<input type="checkbox"/> Quero efetuar o Resgate Total	<input type="checkbox"/> Quero efetuar o Resgate Parcial no valor de R\$ _____
--	--

- Portabilidade Entidade Fechada: reserva formada por recursos financeiros recepcionados no plano, constituídos em planos de benefícios administrados por Entidades Fechadas de Previdência Complementar.
- O prazo de carência é de 36 meses contados a partir da inscrição no Plano até a solicitação do resgate.
- Após o cumprimento da carência inicial, o Participante poderá solicitar o resgate a qualquer tempo.

Dados para Crédito do Resgate²

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

2- O pagamento será efetuado somente na conta corrente PF em nome do titular do plano ou do responsável legal, não sendo acatadas contas de terceiros, contas conjuntas (aceito somente caso o participante seja o 1º titular da conta), pessoa jurídica ou poupança.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo o IcatuFMP 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	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ³	E-mail	
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁴ <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: _____	

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

4- 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, conforme prevê a Instrução Previc nº 18/2014.