

Endereço/Forma de Envio

Este 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.

Plano PLANO DE BENEFÍCIOS PREV - RENDA	Patrocinadora
--	---------------

Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo				CPF (somente números)	
Doc. de Identificação ¹		Natureza do doc. de identificação ¹		Órgão Expedidor	
Data de Nascimento		Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidade	
Estado Civil		E-mail		Telefone Fixo	
Endereço (Av./Rua)		Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	
Profissão		Cargo		Data de Admissão	
Filiação (Pai)		Filiação (Mãe)		Nome do Cônjuge	
				Data de Expedição	
				Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				CEP (somente números)	
				Telefone Celular	

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

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.

Solicitação

Alterar o prazo de pagamento da Renda Mensal Temporária para _____ anos, calculado a partir do Saldo de Conta.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Para fins de direito, responsabilizo-me por todas as informações declaradas e comprometo-me a informar quaisquer alterações que venham a ocorrer em meus dados cadastrais.

Estou ciente que, caso não me manifeste em relação a alterações futuras, o prazo escolhido neste formulário será mantido até sua expiração ou até esgotar o saldo de conta, o que primeiro ocorrer.

O prazo escolhido para o recebimento de renda, poderá ser revisto anualmente mediante formalização junto ao Icatu FMP.

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 do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo			CPF (somente números)		
Profissão		Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁴		E-mail	
Tel ()		Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Grau de Parentesco/Afnidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

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