

Endereço/Forma de Envio

O participante ativo deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.
 Para os demais participantes, 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.

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		CEP (somente números)	
Filiação (Pai)		Filiação (Mãe)		Nome do Cônjuge	
				Data de Expedição	
				Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				Telefone Celular	
				Domicílio Fiscal (UF) ³	
				Data de Admissão	

- 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/ppel/>.
- 3- O campo "Domicílio Fiscal" deve ser preenchido com a UF do endereço informado na declaração do Imposto de Renda.

Declarar os Beneficiários indicados em caso de seu falecimento¹

- Solicito a inclusão do(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s), que em caso do meu falecimento fará(ão) jus ao recebimento do Benefício de Pensão por Morte.
- Solicito a alteração do(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s), em substituição ao(s) anteriormente indicado(s), que em caso do meu falecimento fará(ão) jus ao recebimento do Benefício de Pensão por Morte.

SEQ.	NOME DO DEPENDENTE	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	GRAU DE AFINIDADE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

- 1- A documentação necessária a inscrição dos seus dependentes, está relacionada no parágrafo 3º do art. 5º.
- 2 - Estou ciente que no pagamento do benefício serão observadas as regras previstas no Regulamento do Plano de Benefícios Prev-Renda, quanto à definição de Beneficiário.

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.

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 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