

## Endereço/Forma de Envio

Este formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdepensao@icatuseguros.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 <b>PLANO DE BENEFÍCIOS PREV - RENDA</b>	Patrocinadora
--	---------------

## Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

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

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, empresas 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.icatuseguros.com.br/ppel/>.

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

## Solicitação do Participante

Na qualidade de Participante assistido do Plano de Benefícios PREV\_RENDA, venho por meio deste formulário solicitar o recebimento do meu saldo de conta residual à vista, conforme previsto no artigo 35 do regulamento do referido plano, caso possua saldo inferior a 5 (cinco) vezes o respectivo Salário de Participação Vigente na época da concessão do benefício.  
§1º - A opção prevista no "caput" deste artigo 35 poderá ser feita em qualquer época, inclusive no momento da concessão, se o valor da renda mensal for inferior a 1 (uma) UMPR.

## Dados Bancários

- Solicito, que o valor correspondente seja creditado na conta corrente que atualmente recebo benefício.
- Solicito, que o valor correspondente seja creditado em minha conta corrente de acordo com os dados bancários abaixo:

Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente
---------------	---------------	----------------------

## Declarante 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.

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



\_\_\_\_\_

Assinatura da Patrocinadora

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)	
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>4</sup>	E-mail	
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</sup> <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: _____	

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