

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.
 Para os participantes Autopatrocinados, Assistidos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdependao@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.

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: cópias 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	Patrocinadora (Empresa)
-------	-------------------------

Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo		CPF (somente números)
Tel ()	E-mail Pessoal	E-mail Corporativo

Dados Cadastrais Assinale apenas os dados que deseja alterar.

NOME¹ Preencher em caso de correção ou alteração do nome.			
Nome Completo			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO²			
Nº Doc. de Identificação	Natureza	Órgão Expedidor	Data de Expedição
CPF (somente números)³	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PPE⁴
Número	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Data de Nascimento	Pessoa Politicamente Exposta <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
ESTADO CIVIL¹ Encaminhar certidão de casamento atualizada ou declaração de união estável, conforme o 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	CPF do(a) Cônjuge (somente números)
ENDEREÇO RESIDENCIAL Enviar cópia do comprovante de endereço (água, gás, luz ou telefone)			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)
ENDEREÇO DE COBRANÇA Opção válida somente para participantes Autopatrocinados e BPD's.			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)

DOMICÍLIO FISCAL Este campo deve ser preenchido com o endereço informado na declaração do Imposto de Renda. <input type="checkbox"/> É igual ao endereço residencial <input type="checkbox"/> É igual ao endereço de cobrança			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)
TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE COMERCIAL	
Tel ()		Tel ()	
E-MAIL		CELULAR	
E-mail Pessoal		E-mail Corporativo	

- 1- Documentação necessária para alteração de nome e/ou estado civil: Cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito.
- 2- No caso de Participante estrangeiro, o passaporte poderá ser utilizado como documento de identificação.
- 3- Para alterar o nº do CPF deverá enviar a cópia do documento que possua a referida numeração (CPF, RG, CNH, CTPS ou passaporte).

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) ⁴ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	E-mail
Tel ()	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁵	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- 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.icatuseguros.com.br/ppe/>.

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