

**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.

**Instruções de Preenchimento**

**1) 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.

**2) 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).

**3) 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".

**4) 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.

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 <b>PLANO DE BENEFÍCIOS BRKPREV</b>	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

**Dados do Participante Assistido/Pensionista**  Campo de preenchimento obrigatório.

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

**Alteração de Renda Vigente**  Assinale apenas os dados que deseja alterar.

SOLICITAÇÃO DO PARTICIPANTE <sup>1</sup> :	
Alteração do percentual de saldo.	<input type="checkbox"/> Renda Mensal por prazo determinado correspondente a _____ anos (no mínimo 02 anos). <input type="checkbox"/> Renda Mensal sob a forma de percentual do saldo correspondente a _____ %. <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Renda Mensal Fixa em Reais no valor de R\$ _____. <sup>3</sup>
Suspensão de Recebimento.	<input type="checkbox"/> Suspensão do recebimento das parcelas do benefício de renda mensal pelo período correspondente a _____ meses.

1- No caso de benefício de Pensão por Morte, a alteração somente poderá ser realizada em caso de consenso entre todos os beneficiários.

2- O percentual do saldo poderá ser livremente escolhido pelo participante, desde que, o valor seja superior ao salário mínimo vigente e o prazo de recebimento do benefício não seja inferior a 2 anos.

3- O valor poderá ser livremente escolhido pelo participante, desde que, o valor seja superior ao salário mínimo vigente e o prazo de recebimento do benefício não seja inferior a 2 anos.

**Solicitação de Pagamento Único**

SOLICITAÇÃO DO PARTICIPANTE:
<input type="checkbox"/> O Pagamento único de 100% do saldo da Conta do Participante <sup>4</sup>

4- Opção válida somente para benefício de Pensão por Morte e caso haja consenso entre todos os beneficiários.

**Alteração dos Dependentes Financeiros – Regime Progressivo <sup>5</sup>**

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	SEXO F/M	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE AFINIDADE	INVÁLIDO S/N	UNIVERSITÁRIO S/N

5- Nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda, informo que tenho como dependente(s), a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

**Declaração**

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente eventualmente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de dependente financeiro 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 dependente serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

**Alteração dos Dados para Crédito do Benefício<sup>6</sup>**

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

6- O pagamento será efetuado somente na conta corrente em nome do Participante, não sendo acatado conta de terceiros, poupança, salário ou de pessoa jurídica. O comprovante bancário deverá ser enviado junto com este documento.

**Alteração de Beneficiários Indicados<sup>7</sup>**

 Assinale apenas os dados que deseja alterar

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE	% DE RATEIO <sup>8</sup>

7- Beneficiários que receberão o saldo remanescente, em nome do participante em caso de falecimento.

8- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

**IMPORTANTE:** Essa opção não é mais válida para participantes aposentados que optarem pelo recebimento de renda mensal vitalícia atuarialmente calculada com a continuação de um percentual inteiro para beneficiário ou para pensionistas recebedores de pensão por morte.

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 Assistido/Pensionista



\_\_\_\_\_

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 <sup>9</sup>	E-mail
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>10</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: _____

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

10- 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.ikatuseguros.com.br/ppe/>.