

**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.

**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 formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Plano<br><b>PLANO DE BENEFÍCIOS ELEKEIROZ</b> | Patrocinadora (Empresa) |
|---|-------------------------|

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

|                |                       |
|----------------|-----------------------|
| Nome Completo  | CPF (somente números) |
| E-mail Pessoal | Tel<br>(      )       |

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

| SOLICITAÇÃO DO PARTICIPANTE <sup>1</sup> : |  |
|--|--|
| Alteração do Prazo ou Percentual de Saldo  | <input type="checkbox"/> Percentual de saldo para _____ % (percentual limitado entre 0,5% e 1,5%).<br><input type="checkbox"/> Renda Mensal sob o prazo de _____ anos (limitado entre 05 e 20 anos). |

1- Alteração poderá ser realizada somente no mês de outubro, passando a vigorar no mês subsequente.

**Solicitação de Pagamento Único**

| SOLICITAÇÃO DO PARTICIPANTE:  |
|---|
| <input type="checkbox"/> Pagamento único de _____ (até 25%) do saldo da Conta do Participante <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Pagamento único de 100% do saldo da Conta do Participante <sup>3</sup> |

2- O assistido poderá efetuar essa solicitação quantas vezes necessário, desde que a soma dos percentuais solicitados acumuladamente não supere o total de 25% e que atenda as demais regras estabelecidas no regulamento do plano.

3- Opção disponível apenas para participantes assistidos que tenham optado pela forma de recebimento de renda mensal por percentual de saldo. Essa solicitação somente poderá ser solicitada após o assistido completar o período mínimo de 5 (cinco) anos de recebimento do Benefício, no mês de outubro de cada ano.

**Alteração dos Dependentes Financeiros – Regime Progressivo<sup>4</sup>**

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

4- 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 indicação 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>5</sup>**

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

5- 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>6</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>7</sup> |
|---------------|-----------------------|--------------------|----------|-------------------|--------------------------|
|               |                       |                    |          |                   |                          |
|               |                       |                    |          |                   |                          |
|               |                       |                    |          |                   |                          |
|               |                       |                    |          |                   |                          |
|               |                       |                    |          |                   |                          |

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

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

**Declaração**

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente eventualmente 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.

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>8</sup>   | E-mail  |
| Tel ( )       | Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>9</sup><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Grau de Parentesco/Afinidade<br><input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

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

9- 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/>.