

## Forma de Envio

Este formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail [fundosdepensao@icatusseguros.com.br](mailto: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 e 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	Patrocinadora (Empresa)
PLANO FCC DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA	

## 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:

- De acordo com o item 10.3 do regulamento do plano, desejo receber o Pagamento único de \_\_\_\_\_ (até 25 %) do saldo da Conta do Participante <sup>1</sup>;
- Desejo alterar o percentual para \_\_\_\_\_% (entre 0,10% e 2,50%) do saldo de conta remanescente da Conta do Participante, referente ao mês imediatamente anterior ao do mês de competência do pagamento. Observado o intervalo de 0,05% no momento da alteração <sup>2</sup>;
- Desejo alterar o prazo escolhido anteriormente para \_\_\_\_\_ anos (entre 10 e 50 anos), calculado a partir do Saldo de Conta Aplicável de acordo com o item 10.3 do regulamento do plano <sup>2</sup>.
- Decorrido o prazo mínimo de 10 anos, na qualidade de participante assistido/beneficiário, solicito o saldo de conta residual à vista de acordo com o item 10.4.3 do regulamento do plano.

**Obs 1.:** O PARTICIPANTE ASSISTIDO poderá alternativamente solicitar o adiantamento por ocasião da revisão do prazo de recebimento do BENEFÍCIO, limitado a 25% (vinte e cinco por cento) do SALDO DE CONTA residual; o novo BENEFÍCIO será calculado a partir do saldo restante.

**Obs 2.:** O prazo estabelecido no item 10.3 poderá ser revisto pelo PARTICIPANTE ASSISTIDO a cada ano até o mês de maio, vigorando a revisão a partir do mês de junho, observado o mínimo inicial de 10 (dez) anos.

### SUSPENSÃO OU RETOMADA DE PAGAMENTO DE BENEFÍCIO:

- Desejo realizar a suspensão do recebimento de Benefício. <sup>1</sup>
- Desejo retomar com o recebimento de Benefício. <sup>2</sup>

**Obs 1.:** De acordo com o item 10.7 do Regulamento do Plano Fábrica Carioca de Catalisadores de Contribuição Definida é facultado ao PARTICIPANTE ASSISTIDO ou BENEFICIÁRIO INDICADO determinar a suspensão do recebimento do BENEFÍCIO;

**Obs 2.:** De acordo com o item 10.7.1 - O pagamento do BENEFÍCIO será retomado no mês em que o PARTICIPANTE ASSISTIDO ou BENEFICIÁRIO INDICADO formalizar seu requerimento, desde que formalize sua opção entre os dias 1º (primeiro) e 15 (quinze). Para as opções formalizadas entre os dias 16 (dezesesseis) e 31 (trinta e um), o pagamento do BENEFÍCIO será retomado no mês imediatamente subsequente ao do requerimento.

## Alteração dos Dependentes Financeiros – Regime Progressivo <sup>1</sup>

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

1- 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>2</sup>

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

2- 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>3</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>4</sup>

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

4- 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.

## 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 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 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>5</sup>	E-mail
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>6</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: _____

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

6- 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 considerados PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppel/>.