

Instruções de Preenchimento

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) Forma de envio:

O 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.

3) 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.

4) 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).

5) 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".

6) 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 por autenticidade.

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
CARTAPREV – FUNDO DE PREVIDÊNCIA DOS CARTÓRIOS

Dados do Participante

Nome Completo		CPF (somente números)
Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta ¹	Domicílio Fiscal (UF) ²

1- Na Proposta de Adesão ou no Kit Boas Vindas, você encontra o número da proposta.

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

Nos termos do regulamento do plano mantido na CARTAPREV, venho requerer o benefício, conforme abaixo:

- Aposentadoria Programada
 Aposentadoria por Invalidez
 Pensão por morte de: Participante Ativo Participante Assistido

Dados do Beneficiário Requerente

Nome Completo		CPF (somente números)	Domicílio Fiscal (UF) ²	PPE ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade		UF	CEP
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	E-mail	
Estado Civil <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				

Declaro possuir isenção de IR devido a moléstia grave.

 A isenção do IR está prevista no Inciso XIV do Art. 6º da Lei nº 7.713/1988. A relação de documentos necessários para comprovar a moléstia grave está contida no fim do formulário.

3- 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, conforme prevê a Instrução Previc nº 18/2014.

O campo abaixo deve ser preenchido tanto no caso de solicitação de Pensão por Morte quanto de Aposentadoria por Invalidez.

Data do Falecimento / Invalidez do Participante

Desejo receber do benefício assinalado acima adiantamento em forma de:

Pagamento único de _____% (até 25%) do saldo total da conta benefício ³.

3 - Campo destinado à informação do percentual de saque inicial. Pago no 1º benefício segundo o artigo 34, parágrafo 2º do regulamento do plano ³.

Desejo receber o saldo remanescente ou total da seguinte forma:

- Renda Mensal por Prazo Determinado (mínimo 10 anos): _____ anos.
- Renda Mensal por Percentual de Saldo da Conta Benefício (mínimo 0,50% e máximo 2%): _____ %.
- Desejo manter a minha cobertura de Pensão por Morte.
- Desejo efetuar o cancelamento da minha cobertura de Pensão por Morte.

Dados para Crédito do Benefício ⁴

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

4 - O pagamento será efetuado somente em conta corrente de titularidade do Participante ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, não podendo ser realizado em conta corrente de terceiros ou de pessoa jurídica.

Dados dos Dependentes Financeiros

Nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda, informo que tenho como dependente(s), a(s) pessoa(s) abaixo relacionada(s):

NOME COMPLETO	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO

Declaração

Declaro que após a realização do pagamento do benefício acima assinalado, outorgo ao IcatuFMP, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, a quitação plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar a que título e a que tempo for, a isentando de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao IcatuFMP qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

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

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	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁵	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <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 de Participante/ beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/ financeiro.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA PROGRAMADA

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia do comprovante dos dados bancários.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR ACIDENTE (IPTA):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia do documento de identificação e CPF do Segurado;
- Cópia do Comprovante de Concessão de Aposentadoria por Invalidez emitido pela Previdência Oficial;
- Formulário de Declaração Médica IPTA por acidente preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida, comprovando a invalidez;
- Cópia do prontuário médico, incluindo laudos e resultados de exames que confirmem a causa da invalidez do Segurado;
- Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- Cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito;
- Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado;
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social do Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procução dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE POR DOENÇA (IFPD):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
- Formulário de Aviso de Sinistro;
- Cópia do documento de identificação e CPF do Segurado;
- Declaração Médica indicando a data de invalidez Funcional Permanente por Doença (data do sinistro) IFPD. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
- Relatório do médico-assistente do Segurado:
- Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado;
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico
- Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procução dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE EM CASO DE MORTE (NATURAL):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
- Formulário de Aviso de sinistro;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Participante;
- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do documento de identificação do(s) beneficiário(s);
- Cópia do CPF do(s) beneficiário(s);
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia do comprovante dos dados bancários do beneficiário(s);
- Formulário de Declaração Médica por Doença preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida;
- Documentação médica relacionada ao óbito (prontuário médico, exames e declaração médica de morte);
- Cópia autenticada do laudo do exame cadavérico, no caso de morte violenta ou acidental;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do inquérito policial se houver, no caso de morte acidental.
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procução dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE EM CASO DE MORTE (ACIDENTAL):

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
- Formulário de Aviso de sinistro;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Participante;
- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do documento de identificação do(s) beneficiário(s);
- Cópia do CPF do(s) beneficiário(s);
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia do comprovante dos dados bancários do beneficiário(s);
- Formulário de Declaração Médica de Morte por Acidente preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida;
- Documentação médica relacionada ao óbito (prontuário médico, exames e declaração médica de morte);
- Cópia autenticada do laudo do exame cadavérico, no caso de morte violenta ou acidental;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do inquérito policial se houver, no caso de morte acidental.
- Cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- Cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do inquérito policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito; e
- Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho.
- Importante: Em caso de sinistro, seja por Invalidez ou Morte, a Entidade deverá enviar o Formulário Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica – Seguro de Vida, devidamente preenchido e assinado pelos Representantes da Entidade, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DE IR A MOLÉSTIA GRAVE:

- Original ou cópia autenticada do laudo pericial ⁵ emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, devendo ser fixado o prazo de validade do laudo pericial, no caso de doenças passíveis de controle;
- Cópia do documento do INSS (Carta de Concessão da Aposentadoria);

5 - Em conformidade com a Solução de Consulta SRF 134, de 10 de outubro de 2008, considera-se laudo pericial para esse fim o documento escrito pelo perito, assim entendido o médico que detenha conhecimentos técnicos profundos na área de especialização a que se refere à moléstia grave de que o beneficiário dos rendimentos seja portador, e que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

- a) órgão emissor;
- b) a qualificação do portador da moléstia;
- c) o diagnóstico da moléstia (descrição; CID 10; elementos que o fundamentaram; data a partir da qual o paciente deve ser considerado portador da moléstia);
- d) a informação de que a moléstia seja ou não passível de controle, entendendo-se por controle da moléstia a não apresentação de sintomas característicos desta, desde que não decorra de tratamento médico em andamento;
- e) caso a moléstia seja passível de controle, o prazo de validade do laudo pericial;
- f) o nome completo, a assinatura e a qualificação do(s) profissional(is) pela emissão do laudo pericial.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RESGATE DE CLIENTE RESIDENTE NO EXTERIOR:

- Cópia da Declaração de Saída Definitiva do País, emitida pela Receita Federal, cópia do comprovante do endereço atual, cópia do documento de identificação, cópia do CPF e o formulário de Resgate. Deve ser informada uma conta no Brasil para crédito do valor de Resgate.

Obs.: para clientes residentes nos EUA, deverá ser enviado o formulário Declaração de Cidadão Americano Residente nos EUA.