

Forma de Envio

Para o participante BPD, autopatrocinado e para o beneficiário de pensão por morte, o 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.

O participante ativo (funcionário) além das opções acima, também poderá realizar a entrega do documento no RH da sua Patrocinadora.

Instruções de Preenchimento

1) Requerente menor de idade

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (pai/mãe/tutor).

Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo Requerente junto com o Representante Legal (pai/mãe/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) Requerente curatelado

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Requerente 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) Requerente 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 Requerente, 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 procura particular, enviar a cópia simples do instrumento de procura (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida.

No caso de procura pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procura (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 PLANO DE BENEFÍCIOS PBS-TELEMAR	Patrocinadora (Empresa) V.TAL
------------------------------------------	----------------------------------

Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF (somente números)
---------------	-----------------------

Dados do Requerente ¹

Nome Completo		CPF (somente números)		
Doc. de Identificação		Natureza do doc. de identificação ¹	Órgão Expedidor	Data de Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nacionalidade	Naturalidade	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado Civil	E-mail Pessoal	Telefone Fixo	Telefone Celular	
Endereço (Av./Rua)	Número	Complemento		
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)	Domicílio Fiscal (UF) ³
Profissão	Renda Mensal R\$	Data do Falecimento ou Invalidez ⁴		
Filiação (Mãe)	Filiação (Pai)			
Nome do Cônjuge	CPF do Cônjuge (somente números)			

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.

1- No caso de Benefício de Aposentadoria por Idade, Aposentadoria por Tempo de Serviço, Aposentadoria Especial, Aposentadoria por Invalidez, Auxílio-Doença e Auxílio-Reclusão, o requerente será o próprio participante do plano. Referente a Benefício de Pensão por Morte e Pecúlio por Morte, o requerente deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário.

2- 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/>.

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

4- O campo deverá ser preenchido em casos de Benefícios de Pensão por Morte ou Aposentadoria por Invalidez.

Nos termos do regulamento do plano, venho requerer o benefício, conforme opção abaixo:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade ⁵ | <input type="checkbox"/> Auxílio-Doença ⁹ |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Serviço ⁶ | <input type="checkbox"/> Auxílio-Reclusão ¹⁰ |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial ⁷ | <input type="checkbox"/> Pensão por Morte ¹¹ |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez ⁸ | <input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte ¹² |

5- Aposentadoria por Idade: Benefício programado devido ao participante que atingir a idade prevista e contar com, no mínimo, 10 anos de vinculação ininterrupta ao plano. O valor é pago em renda mensal, calculada conforme as regras de benefício definido do regulamento.

6- Aposentadoria por Tempo de Serviço: Concedida ao participante que cumpre os requisitos de idade, tempo de plano e tempo de contribuição à Previdência Social. O benefício é pago como renda mensal.

7- Aposentadoria Especial: Devida ao participante que exerceu atividades em condições especiais por tempo reconhecido pela Previdência Social, desde que atendidos os requisitos de idade e vinculação ao plano. O pagamento ocorre na forma de renda mensal.

8- Aposentadoria por Invalidez: Concedida ao participante que for aposentado por invalidez pela Previdência Social. O pagamento é realizado em renda mensal, enquanto mantida a condição de incapacidade.

9- Auxílio-Doença: Benefício temporário devido ao participante afastado e em gozo de auxílio-doença pelo INSS. O plano complementa o valor do benefício, conforme fórmula prevista no regulamento, mediante renda mensal temporária, paga enquanto durar o afastamento.

10- Auxílio-Reclusão: Devido aos beneficiários do participante detento ou recluso. O benefício é pago em renda mensal, enquanto durar a condição de reclusão. Caso ocorra falecimento durante a reclusão, o benefício é convertido automaticamente em pensão por morte.

11- Pensão por Morte: Pago aos beneficiários inscritos em caso de falecimento do participante. O benefício consiste em renda mensal, composta por uma cota familiar e cotas individuais, com valor e duração definidos no regulamento.

12- Pecúlio por Morte: Pagamento único devido aos beneficiários do participante falecido, conforme valor definido no regulamento. Na ausência de beneficiários legais, poderá ser pago a pessoas designadas exclusivamente para esse fim.

Dados para Crédito do Benefício¹³

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

13- 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.

Dados dos Dependentes Financeiros – Regime Progressivo¹⁴

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

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

Dados dos Beneficiários Legais¹⁵

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

15- São considerados beneficiários legais as pessoas que dependem economicamente do participante, incluindo cônjuge ou companheiro(a), filhos ou enteados menores, estudantes ou inválidos, além de pais e outras pessoas que, sem recursos, vivam sob sua manutenção. Beneficiários legais têm prioridade no recebimento dos benefícios decorrentes do falecimento do participante.

Dados dos Beneficiários Designados¹⁶

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

16- O participante pode indicar beneficiários designados apenas para o pecúlio por morte. A indicação é livre, mas só produz efeito se não houver beneficiários legais habilitados. Na existência de beneficiário legal, a designação é desconsiderada automaticamente.

Declaração

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.

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 Requerente



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 ¹⁶	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: _____

16- Em caso requerente 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 POR IDADE, TEMPO DE SERVIÇO OU ESPECIAL

- Cópia do documento de identificação do Participante;
- Cópia do CPF do Participante;
- Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
- Cópia da Carteira Profissional, contendo a foto e qualificação civil, contrato de trabalho com a Patrocinadora, anotações gerais, incluindo aviso prévio se houver. Para Diretores e Conselheiros não empregados, encaminhar a cópia da Ata de Conselho que formalizou a destituição. Alternativamente poderá ser enviado Print da CTPS digital, com a identificação do trabalhador e informação do desligamento. Ou o Termo de Rescisão Contratual (TRC).
- Cópia de Comprovante Bancário – em nome do participante – informando nome do banco, agência e conta de acordo com os dados informados no formulário;

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DO AUXÍLIO-DOENÇA

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Requerente;
- Cópia de RG/CPF ou CNH;
- Cópia da Carta Comunicação de Decisão do INSS;
- Cópia da Carta de Concessão/memória de cálculo do benefício concedido pela Previdência Social;

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DO AUXÍLIO-RECLUSÃO

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Requerente;
- Cópia de RG/CPF ou CNH;
- Documento comprobatório da detenção/reclusão emitido pela autoridade competente.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Requerente;
- Cópia da Carta de Concessão/memória de cálculo do benefício concedido pela Previdência Social;
- Cópia da Certidão PIS/PASEP/FGTS expedida pela Previdência Social;
- Cópia da Carteira de Identidade e CPF do participante e do(s) Beneficiário(s).
- Cópia de Comprovante Bancário – em nome do participante – informando nome do banco, agência e conta de acordo com os dados informados no formulário;

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DA PENSÃO POR MORTE OU PECÚLIO POR MORTE

- Formulário de solicitação de benefício, devidamente preenchido e assinado pelo Requerente;
- Cópia da Carta de Concessão/memória de cálculo do benefício concedido pela Previdência Social;
- Cópia da Certidão PIS/PASEP/FGTS expedida pela Previdência Social;
- Cópia da Certidão de Óbito do participante;
- Cópia da Carteira de Identidade e CPF do Participante e do(s) Beneficiário(s).
- **No caso de acidente de trabalho ou pessoal, acrescentar:**
- Cópia do Laudo do Levantamento Cadavérico;
- Cópia do Certidão de Ocorrência Policial;
- Cópia do CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho – frente e verso, se for o caso.

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

- Cópia autenticada do laudo pericial¹² 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);
- 12- 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 (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.

REGRAS DE TRIBUTAÇÃO NO BENEFÍCIO

- Tributação Progressiva: O IR retido na fonte será descontado com base na alíquota referente ao rendimento calculado conforme a tabela atualizada no site: www.receita.fazenda.gov.br
- Tributação Regressiva: No regime tributário regressivo, quanto mais tempo suas contribuições permanecerem aplicadas, menor é a tributação. O IR será retido na fonte de acordo com a tabela a seguir, e não haverá possibilidade de compensação ou restituição na Declaração de Ajuste Anual.

Prazo de Permanência de cada contribuição	Alíquota de IR na fonte
Até 2 anos	35%
2 a 4 anos	30%
4 a 6 anos	25%
6 a 8 anos	20%
8 a 10 anos	15%
Acima de 10 anos	10%