

## 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 [fundospensao@icatusseguros.com.br](mailto:fundospensao@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.  
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 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 DE BENEFÍCIOS TCSPREV	V.TAL

## Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

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

## Dados do Requerente <sup>1</sup>

Nome Completo				CPF (somente números)	
Doc. de Identificação		Natureza do doc. de identificação <sup>1</sup>		Órgão Expedidor	
Data de Nascimento		Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidade	
Estado Civil		E-mail Pessoal		Telefone Fixo	
Endereço (Av./Rua)		Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	
Profissão		Renda Mensal R\$		Data do Falecimento ou Invalidez <sup>4</sup>	
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 Normal, Aposentadoria Antecipada, Aposentadoria por Invalidez, Auxílio-Doença e Benefício Proporcional, o requerente será o próprio participante do plano. Referente a Benefício de Pensão 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.icatusseguros.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 Normal <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> Auxílio-Doença <sup>8</sup> <input type="checkbox"/> Benefício Proporcional <sup>9</sup> <input type="checkbox"/> Pensão por Morte <sup>10</sup>
---	---

**5- Aposentadoria Normal:** A Aposentadoria Normal poderá ser solicitada pelo participante que tiver completado sessenta anos de idade, possuir no mínimo dez anos de Serviço Creditado e dez anos de Contribuições ao plano. Após o atendimento desses requisitos e o desligamento da patrocinadora (ou manutenção da condição de autopatrocinado ou BPD), o benefício será concedido na forma de renda mensal, podendo o participante escolher entre as modalidades disponíveis: renda vitalícia (quando aplicável ao seu grupo), renda redefinida anualmente ou renda temporária por prazo certo de vinte ou vinte e cinco anos, desde que já tenha sessenta anos ou mais. Após a concessão, a modalidade escolhida será definitiva.

**6- Aposentadoria Antecipada:** A Aposentadoria Antecipada poderá ser requerida quando o participante tiver pelo menos cinquenta anos de idade, além de contar com dez anos de Serviço Creditado e dez anos de Contribuições ao plano. Uma vez atendidos os critérios e solicitado o benefício, a renda será concedida exclusivamente sob a forma de transformação do saldo acumulado em renda mensal, não havendo possibilidade de escolha de modalidade. Por ser antecipada, o valor tende a ser inferior ao da Aposentadoria Normal.

**7- Aposentadoria por Invalidez:** A Aposentadoria por Invalidez será concedida ao participante cuja invalidez tenha sido reconhecida pela Previdência Social. Para fins de recebimento, é necessária a apresentação da documentação exigida pela Entidade. A renda mensal será paga na modalidade definida automaticamente pelas regras do plano, normalmente como renda redefinida anualmente, podendo assumir outras modalidades previstas apenas quando tecnicamente aplicáveis. O benefício poderá ser revisto caso o INSS cesse a invalidez.

**8- Auxílio-Doença:** O Auxílio-Doença será devido ao participante afastado por motivo de doença ou acidente, desde que esteja recebendo o benefício correspondente da Previdência Social. O pagamento será efetuado na forma de renda mensal calculada com base no salário real de benefício e no valor do benefício previdenciário, conforme fórmula regulamentar. Trata-se de benefício temporário, cessando com a recuperação, com a interrupção do benefício previdenciário ou com a conversão em Aposentadoria por Invalidez.

**9- Benefício Proporcional (decorrente do BPD):** O Benefício Proporcional poderá ser concedido ao participante que, após o desligamento da patrocinadora, tenha optado pelo Benefício Proporcional Diferido ou tenha essa opção presumida, desde que tenha completado sessenta anos de idade e possua, no mínimo, dez anos de Serviço Creditado. O benefício será pago como renda mensal resultante da transformação do saldo acumulado, e o participante poderá escolher entre as modalidades disponíveis — vitalícia (quando aplicável), redefinida anualmente ou temporária por prazo certo — além de poder optar pelo recebimento de parte do saldo em parcela única, conforme limites regulamentares.

**10- Pensão por Morte:** A Pensão por Morte será concedida aos beneficiários válidos no caso de falecimento do participante, seguindo as regras de dependência previstas no regulamento. A forma de recebimento é definida automaticamente com base na transformação do saldo remanescente em renda mensal, dividida em partes iguais entre os beneficiários habilitados. Os beneficiários não escolhem modalidade de renda, e a continuidade do benefício depende da manutenção da condição de dependente.

**Modalidade de Pagamento (Opção disponível exclusivamente para Aposentadoria Normal ou Antecipada e Benefício Proporcional)**

<b>SAQUE INICIAL</b>
<input type="checkbox"/> Desejo receber, em parcela única, _____% do meu Saldo de Conta Total, sendo o valor restante automaticamente convertido em renda mensal. (Limite: até 20% ou até 40% para participantes oriundos do PBS-TCS)

A forma de pagamento dos benefícios previstos no Plano TCSPREV – V.tal é definida pelo próprio regulamento, não havendo opção de escolha de modalidades de renda pelo participante. Nos benefícios de Aposentadoria Normal, Aposentadoria Antecipada, Aposentadoria por Invalidez, Pensão por Morte e Benefício Proporcional, o pagamento é realizado sob a forma de renda mensal, resultante da transformação do Saldo de Conta Total em renda, conforme critérios e premissas atuariais estabelecidos pelo plano.

A forma de recebimento é padronizada e automática, aplicável igualmente a todos os participantes, conforme o tipo de benefício solicitado. Não há modalidades alternativas, prazos diferenciados ou opções de escolha para o recebimento mensal.

<b>OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO</b>
Devido a implementação da Lei nº 14.803/2024, a opção pela escolha da tributação poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate. Nesse sentido, desejo realizar o recebimento do meu benefício utilizando a tributação abaixo:
<input type="checkbox"/> Tributação Progressiva <input type="checkbox"/> Tributação Regressiva
<b>Importante:</b> Antes de assinalar a opção desejada, consulte o tópico “Regras de Tributação” contido na última página deste documento, para entender as características de cada uma das opções disponíveis.

**Dados para Crédito do Benefício<sup>12</sup>**

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

**12-** 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 Progressivo<sup>13</sup>

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

13- 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 Legais<sup>14</sup>

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

14- Os Beneficiários devem atender às condições previstas no regulamento do plano. São considerados Beneficiários: o cônjuge ou companheiro(a); os filhos solteiros menores de 21 anos ou inválidos; os filhos solteiros menores de 24 anos que estejam cursando ensino superior; o ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) com direito a percepção de alimentos e os enteados nas mesmas condições aplicáveis aos filhos. A dependência é presumida apenas para o cônjuge/companheiro(a), filhos e ex-cônjuge com alimentos; os demais dependentes devem comprovar dependência econômica. A inclusão, substituição ou habilitação de Beneficiários após o falecimento seguirá integralmente as regras e procedimentos previstos no regulamento do plano.

Dados dos Beneficiários Designados<sup>15</sup>

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

15- O Participante pode indicar qualquer pessoa física como Designado. Os Designados apenas receberão valores se não houver Beneficiários Legais de acordo com o regulamento. Se não houver Beneficiários nem Designados, o pagamento será direcionado aos herdeiros legais.

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 <sup>16</sup>		E-mail		
Tel (      )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</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: _____		

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 NORMAL, ANTECIPADA OU BENEFÍCIO PROPORCIONAL

- 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 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

- 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 pericial<sup>12</sup> 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](http://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%