

**Forma de Envio**

Este formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail [fundosdepensao@icatuseguros.com.br](mailto: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 Requerente 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 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) 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 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 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 <b>PLANO DE BENEFÍCIOS TELEMAPREV</b>	Patrocinadora (Empresa) <b>V.TAL</b>
--	---

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

Nome Completo	CPF (somente números)
E-mail Pessoal	Tel (      )

**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).

**Alteração de Beneficiários Legais<sup>2</sup>**

 Assinale apenas os dados que deseja alterar

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

2- 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; os enteados nas mesmas condições aplicáveis aos filhos; e pai e mãe. 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>3</sup>**

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

3- 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.

**Alteração dos Dados para Crédito do Benefício<sup>4</sup>**

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 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.

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 consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.icatuseguros.com.br/ppe/>.