

## 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@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.

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 TELEMARPREV	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, Auxílio-Doença e Aposentadoria por Invalidez, 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:**

- ☐ Aposentadoria Normal<sup>5</sup>  
☐ Auxílio-Doença<sup>6</sup>  
☐ Aposentadoria por Invalidez<sup>7</sup>  
☐ Pensão por Morte<sup>8</sup>

**5- Aposentadoria Normal:** A Aposentadoria Normal é um benefício programável, devido aos participantes que tenham pelo menos 50 anos de idade e no mínimo 60 meses de participação no plano, podendo ser requerida por Participantes Ativos Vinculados, Autopatrocinados ou Isentos (BPD). A modalidade Vitalícia é exclusiva para inscritos antes de 02/09/2008; a modalidade Redefinida Anualmente está disponível para todos os participantes; e a modalidade Temporária por Prazo Certo, com duração de 20 ou 25 anos, somente pode ser escolhida por participantes com 60 anos ou mais no momento da solicitação.

**6- Auxílio-Doença:** Para o Participante Ativo Vinculado cuja inscrição tenha ocorrido até a data imediatamente anterior à Reformulação do Plano, bem como para o Autopatrocinado com Risco, o benefício será calculado na modalidade de **Suplementação de Auxílio-Doença**. Para os demais participantes elegíveis ao Benefício de Auxílio-Doença, o cálculo será realizado na forma de **Renda de Auxílio-Doença**.

**7- Aposentadoria Por Invalidez:** Devida ao participante que a requerer e tiver sua invalidez reconhecida pelo INSS ou por médico credenciado, quando exigido. A forma de pagamento depende da data de inscrição e da situação do participante: inscritos até 02/09/2008, Autopatrocinados com risco e participantes em Suplementação de Auxílio-Doença recebem o benefício como **Suplementação de Aposentadoria por Invalidez**, enquanto os demais recebem como **Renda de Aposentadoria por Invalidez**. Quando houver direito simultâneo à Suplementação e à Renda, será concedido o benefício de maior valor, sendo vedada a acumulação de benefícios. A Renda de Aposentadoria por Invalidez é calculada com base no saldo de conta, sendo vitalícia para inscritos até 02/09/2008 e, para os demais, na modalidade de Renda Redefinida Anualmente ou Renda Temporária por Prazo Certo, se aplicável.

**8- Pensão por Morte:** Em caso de falecimento do Participante — seja Assistido, Ativo Vinculado, Autopatrocinado ou Isento — os Beneficiários poderão requerer o benefício de Pensão por Morte, conforme previsto no regulamento. A modalidade concedida dependerá exclusivamente da situação do participante no momento do óbito, determinando também a forma de recebimento:

**I — Suplementação de Pensão por Morte:** concedida quando o participante era inscrito até a data de reformulação do plano (02/09/2008) e encontrava-se enquadrado nas disposições aplicáveis a esse grupo. O valor é pago mensalmente conforme a fórmula prevista no regulamento.

**II — Renda de Pensão por Morte:** aplicada quando o participante não se enquadrar no item anterior ou quando, no momento do óbito, encontrava-se recebendo Renda Redefinida Anualmente ou Renda Temporária por Prazo Certo. A renda é calculada com base no saldo de conta existente e paga mensalmente enquanto houver saldo ou pelo prazo definido, conforme o caso.

**III — Reversão de Renda em Pensão por Morte:** ocorre quando o falecimento se dá durante o recebimento de Renda Vitalícia. Nesse caso, o benefício do participante é automaticamente convertido em pensão para os beneficiários, conforme percentual e regras definidos no regulamento.

**Modalidade de Pagamento (Opção disponível exclusivamente para Aposentadoria Normal)**

**SAQUE INICIAL**

☐ Desejo receber, em parcela única, 10% do saldo da minha Conta de Participante, com dedução desse valor antes do cálculo da Renda de Aposentadoria Normal.

**DESEJO RECEBER O SALDO REMANESCENTE OU TOTAL DA SEGUINTE FORMA:**

- ☐ Renda Vitalícia, aplicável somente para o Participante cuja data de inscrição seja até o dia imediatamente anterior à Data de Reformulação do Plano.<sup>9</sup>  
☐ Renda Redefinida Anualmente.<sup>10</sup>  
☐ Renda Temporária por Prazo Certo de \_\_\_\_\_ (20 ou 25 anos).<sup>11</sup>

**OPÇÃO PARA PARTICIPANTES MIGRADOS – INCORPORAÇÃO DO BENEFÍCIO SALDADO**

☐ Desejo incorporar à minha Conta de Participante a Reserva Matemática do meu Benefício Saldado, para recebimento como Renda de Aposentadoria Normal, ciente de que essa opção é exclusiva para Participantes Migrados que tenham optado pela Renda Redefinida Anualmente ou pela Renda Temporária por Prazo Certo, e que sua escolha extingue definitivamente o Benefício Saldado e o Pecúlio.

**9- Renda Vitalícia:** modalidade disponível exclusivamente para participantes inscritos antes da Data de Reformulação do Plano. O valor é calculado na data de início do benefício, por Equivalência Atuarial, e reajustado anualmente no mês de junho, conforme o regulamento, podendo ser recalculado em caso de alteração nos Beneficiários indicados. A renda é paga até o falecimento do Participante, podendo ser revertida em Renda de Pensão por Morte, conforme as regras aplicáveis. No caso de Aposentadoria por Invalidez, quando o participante é pré-Reformulação do Plano, a Renda Vitalícia não é uma escolha — ela é concedida automaticamente como forma de Renda de Invalidez prevista no regulamento.

**10- Renda Redefinida Anualmente:** A Renda Redefinida Anualmente é calculada na data de início do benefício por meio de Equivalência Atuarial e recalculada anualmente com base no saldo remanescente, considerando a possibilidade de reversão de 60% da renda em Pensão por Morte.

Nas Aposentadorias por Invalidez para participantes inscritos a partir de 02/09/2008, esta é a modalidade padrão de concessão do benefício. A única exceção ocorre quando o participante inválido possui 60 anos ou mais na data do início do benefício, caso em que o regulamento permite que a renda seja estruturada como Renda Temporária por Prazo Certo (20 ou 25 anos). A renda é paga enquanto houver saldo ou até o falecimento do participante, podendo ser convertida em Renda de Pensão por Morte conforme as regras previstas no Regulamento.

**11- Renda Temporária por Prazo Certo:** Modalidade disponível apenas para Participantes com 60 (sessenta) anos ou mais na data de início do benefício. A renda é calculada para um prazo de 20 (vinte) ou 25 (vinte e cinco) anos, conforme a escolha do Participante, e é recalculada anualmente com base no saldo remanescente e no prazo restante. O pagamento será efetuado enquanto houver saldo ou até o término do prazo selecionado.

**OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO**

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:

- ☐ Tributação Progressiva ☐ Tributação Regressiva

**Importante:** 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; 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>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

- 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:
- Órgão emissor;
  - A qualificação do portador da moléstia;
  - O diagnóstico da moléstia (descrição. CID 10; elementos que o fundamentaram; data a partir da qual o paciente deve ser considerado portador da moléstia);
  - 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;
  - Caso a moléstia seja passível de controle, o prazo de validade do laudo pericial;
  - 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%