

Endereço/Forma de Envio

Este 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.

Instruções de Preenchimento

1) Requerente 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 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).

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 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".

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
PLANO DE BENEFÍCIOS OTIS

Patrocinadora (Empresa)

Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo		CPF (somente números)		Data de Admissão
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)	
Tel ()	E-mail Pessoal			

Institutos

Em virtude do meu desligamento da Patrocinadora, venho por meio deste termo fazer a seguinte opção:

☐ **BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO:** Solicitar a continuidade da participação no Plano de Benefícios, como Participante em BPD. Com exceção das despesas administrativas previstas no Regulamento do Plano, as contribuições do Participante e da Patrocinadora serão suspensas, para que, em tempo futuro, quando cumpridos os requisitos de elegibilidade, seja requerido o benefício de aposentadoria. Esta opção permite ao Participante, a qualquer tempo, optar pela Portabilidade ou pelo Resgate, desde que obedecidas às regras de elegibilidade previstas no Regulamento.

☐ **RESGATE¹:** Solicitar o cancelamento da participação neste Plano de Benefícios, autorizando o ICATU FUNDO MULTIPATROCINADO (ICATUFMP) a creditar o valor referente ao resgate de acordo com os dados bancários indicados neste formulário, sendo a conta de titularidade do Participante, extinguindo-se o seu direito a qualquer outro benefício do Plano. O exercício do resgate implica a cessação dos compromissos do Plano de Benefícios administrado pelo ICATUFMP em relação ao Participante e seus Beneficiários ou Beneficiários Indicados.

A FORMA DE PAGAMENTO PARA O RESGATE SERÁ:

☐ Pagamento único ☐ Pagamento parcelado em _____ parcelas.²

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 meu resgate utilizando a tributação assinalada abaixo:

☐ Tributação Progressiva ☐ Tributação Regressiva

Importante: Antes de assinalar a opção desejada, consulte o tópico "Regras de Tributação no Resgate" contido na última página deste documento, para entender as características de cada uma das opções disponíveis.

SOLICITO, AINDA, QUE O VALOR CORRESPONDENTE AO RESGATE SEJA CREDITADO CONFORME SOLICITADO ABAIXO:

Nome do Banco	Número do Banco	Número da Agência	Nº da Conta Corrente
---------------	-----------------	-------------------	----------------------

¹ - 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. Sob o valor do resgate incidirá o imposto de renda devido, com base na tabela de tributação escolhida. ² - Caso o participante opte por essa opção, deverá consultar o regulamento do seu plano para apurar o limite de parcelas.

☐ **AUTOPATROCÍNIO:** Solicitar a continuidade da participação no Plano de Benefícios, como Participante Autopatrocinado, continuando com as contribuições mensais previstas no Regulamento do Plano, acrescida da taxa de administração. O pagamento das contribuições para o Plano será realizado por meio de boleto bancário, que será enviado ao endereço de cobrança do Participante. Esta opção permite ao Participante, a qualquer tempo, optar pelo Benefício Proporcional Diferido, pela Portabilidade ou pelo Resgate, desde que obedecidas as regras de adesão previstas no Regulamento.

Informar: Renda Mensal R\$ _____.

☐ **PORTABILIDADE:** Solicitar o cancelamento da participação neste Plano de Benefícios, optando pela Portabilidade do direito acumulado, devidamente atualizado até a data da efetiva transferência, de acordo com o Regulamento. A Portabilidade poderá ser efetuada para uma Entidade de Previdência Complementar ou Sociedade Seguradora autorizada a operar Planos de Benefícios de previdência, mediante elaboração de Termo de Portabilidade. Conforme legislação vigente é vedado o resgate de recursos³, oriundos de portabilidade, constituídos em plano de benefícios administrado por entidade fechada de previdência complementar. **Preencher os itens abaixo com os dados da Entidade/Seguradora que administra o Plano de Benefícios receptor (para onde serão portados os recursos do Plano originário):**

Nome da Entidade/Seguradora			Nº do CNPJ da Entidade/Seguradora	
Nome do Plano receptor		Nº do CNPJ/Registro/Processo SUSEP		Nº do CNPJ do FIE
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento	
Bairro	Cidade		CEP (somente números)	Aderido em (Data de contratação)
Funcionário para contato		Tel ()	E-mail	
Nome do Banco	Número da Agência	Nº da Conta Corrente		Regime de Tributação
Valor da Portabilidade	Percentual (%) da conta Patrocinadora		Valor da Conta Patrocinadora a ser portado	

3 - De acordo com a Lei Complementar 109, Seção II.

☐ **RESGATE + PORTABILIDADE:** Transferir parte do valor da Reserva para um Plano de Previdência de minha titularidade e receber o restante sob a forma de resgate.

Percentual da Reserva a ser Portado: _____%. **Percentual da Reserva a ser Resgatado:** _____%.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- Caso marque esta opção, preencha também as informações solicitadas nos itens "Resgate" e "Portabilidade".
- A soma dos percentuais deve totalizar 100%.

Declaração da Entidade Receptora (Cessionária)

A Entidade Cessionária aceita incorporar o valor objeto da Portabilidade à provisão matemática de benefícios a conceder do Plano do Participante.

Local: _____ Data: ____/____/____  _____
Assinatura da Entidade Receptora

Declaração do Participante

Estou ciente de que a escolha por uma das opções acima deverá ocorrer no prazo máximo estabelecido no Regulamento do Plano de Benefícios, caso contrário será presumida a opção pelo Benefício Proporcional Diferido, desde que obedecidas as regras de adesão previstas no regulamento.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à Entidade Cedente 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 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 ³
E-mail	Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁴ ☐ Sim ☐ Não	Grau de Parentesco/Afinidade

3- Em caso de participante menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

4- 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/>.

Centro de Relacionamento: 0800 285 3004.

Ouvidoria Icatu: 0800 286 0047, caso não tenha ficado satisfeito com a resolução, entre em contato conosco. Ao ligar tenha em mãos o número do protocolo de atendimento. Dias úteis, das 8h às 18h.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Formulário Termo de Opção dos Institutos, devidamente preenchido e assinado pelo Participante;
 - Cópia do documento de identificação do Participante (cópia frente e verso) ⁶;
 - Cópia do CPF do Participante (cópia frente e verso) ⁶;
 - Cópia do comprovante de endereço (água, luz, gás ou telefone fixo);
 - O comprovante bancário deverá ser enviado junto com este documento (aplicável somente em caso de escolha pelo instituto do resgate);
 - Rescisão de Contrato de Trabalho Homologada ou CTPS – Cópia da rescisão contratual homologada pelo sindicato (se houver); no caso de Diretor e Conselheiro não empregado deve ser enviada cópia da Ata do órgão competente que o destituiu e a cópia da carteira profissional (CTPS) - páginas onde contém a fotografia, dados pessoais, vínculo empregatício com a empresa. Para quem teve vínculo empregatício inferior a 1 (um) ano, só enviará esse último documento;
 - Em casos de Portabilidade, o participante deverá entrar em contato com o nosso Centro de Relacionamento pelo telefone 0800 285 3004, de segunda à sexta das 08h às 20hs, para obter informações sobre o preenchimento das informações necessárias.
- 6- As cópias não precisam ser autenticadas.**

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 RESGATE

- Tributação PROGRESSIVA: O IR retido na fonte será descontado com base na alíquota de 15%, a título de antecipação do valor devido conforme 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 exclusivamente 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%