

Manutenção de Benefícios

Forma de Envio

Este 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.

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 Participante 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 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 formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

Plano PLANO DE BENEFÍCIOS OTIS		Patrocinadora (Empresa)				
Dados do Participante Assistido/Pensionista 🔮 Campo de preenchimento obrigatório.						
Nome Completo			CI	PF (somente números)		
E-mail Pessoal)		
Alteração de Renda Vigente	Assinale apenas os dad	os que deseja alterar.				
SOLICITAÇÃO DO PARTICIPANTE ¹ :						
Alteração do percentual de saldo.	Percentual de	saldo para	% (percentual limitado e	ntre 0,1% e 2,0%).		
1- Alteração poderá ser realizada somente no mês de deze	mbro, passando a vigorar no mês subsequ	uente.				
Pagamento Único O Assina	le apenas os dados que deseja	alterar.				
SOLICITAÇÃO DO PARTICIPANTE ² :						
Solicitação de Pagamento Único. Desejo resgatar, por meio de pagamento único, o valor correspondente a 100% do Saldo Total. Com ess todas as obrigações do IcatuFMP perante o Participante, seus Beneficiários e herdeiros legais serão definitiva						
2- De acordo com o item 9.8 do Regulamento do Plano, ess Alteração dos Dados para Crédi		stidos ou pensionistas que recel	o em benefícios mensais inferiore	s a 1 (uma) Unidade de Referência Otis.		
Nome do Correntista			CPF (somente	números)		
Nome do Banco Nº do Banco		Nº da Agência	Nº da Conta Co	orrente		

3- 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



Manutenção de Benefícios

Alteração	de	Beneficiários	Legais4

0	Assinale apenas	os	dados	que	deseja	altera
---	-----------------	----	-------	-----	--------	--------

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

Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente eventualmente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de beneficiário 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 beneficiário(a) 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:	Assinatura do Assistido/Pensionista		Data: / / / Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)			

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsavel/Representante Legal (caso necessario)						
Nome Completo			CPF (somente números)			
0.5.7		5 "				
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁵	E-mail				
Tel	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁶	Grau de Parentesco/Afinidade				
()	☐ Sim ☐ Não	Pai Mãe Tutor Curador Ou	ıtro:			

⁴⁻ Beneficiários Legais que receberão o saldo remanescente, em nome do participante em caso de falecimento. São eles: Cônjuge ou companheiro(a), filhos naturais e adotivos ou enteados até 21 anos de idade, ou inválidos sem limite de idade que tiverem a condição de dependência reconhecida pela Previdência Social. Será também considerado beneficiário, o filho natural, o adotivo e o enteado, solteiro, que tenha até 24 anos de idade, se cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo MEC. Para mais informações, consultar o Regulamento do seu Plano.

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/.