

## 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) 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 TIMPREV-SUL</b>	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

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

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

## Alteração de Forma de Renda/Prazo Percentual Assinale apenas os dados que deseja alterar.

**CONFORME PREVISTO NOS ARTIGOS 76 E 80 DO REGULAMENTO DO REFERIDO PLANO, VENHO POR MEIO DESTES FORMULÁRIO SOLICITAR APENAS UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:**

Alteração do prazo ou percentual de saldo.	<input type="checkbox"/> Percentual de saldo para ____ % (percentual limitado entre 0,5% e 1%). Ou <input type="checkbox"/> Prazo para ____ anos (prazo limitado entre 5 anos e 25 anos).
Alteração do Tipo de Renda. (Válida apenas para o participante assistido que deseja alterar o tipo de renda optado anteriormente).	<input type="checkbox"/> Renda mensal por prazo determinado de ____ anos (prazo limitado entre 5 anos e 25 anos). Ou <input type="checkbox"/> Renda mensal por percentual de saldo de ____ % (percentual limitado entre 0,5% e 1%).
Suspensão de Recebimento	<input type="checkbox"/> Suspensão do recebimento das parcelas do benefício de renda mensal.

Estou ciente que a suspensão do recebimento das parcelas do benefício de renda mensal poderá ocorrer por um prazo de 1 (um) ano, renovável anualmente por meio de formulário semelhante, a ser providenciado pelo Icatu FMP após minha solicitação. Caso o assistido não renove a suspensão, o benefício de renda mensal voltará a ser pago pelo Icatu FMP no mês subsequente ao fim do prazo de suspensão; e

A alteração de prazo de recebimento de renda não se aplica ao beneficiário. Conforme Art. 85, Item I do Regulamento do Plano TIMPREV SUL, a forma de renda mensal será por um prazo determinado de 15 (quinze) anos.

## 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).

**Declaração**

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente eventualmente 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>2</sup>**

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

2- 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.

**Alteração de Beneficiários Legais <sup>3</sup>**



Assinale apenas os dados que deseja alterar

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

3- 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.

**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 ICATU FMP 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>4</sup>	E-mail
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>5</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: _____

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

5- 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/>.