

**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 (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 <b>PLANO DE APOSENTADORIA OPELLA</b>	Patrocinadora (Empresa) <b>OPELLA HEALTHCARE BRAZIL LTDA</b>
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

**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 Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nacionalidade	Naturalidade
Estado Civil		E-mail Pessoal	Telefone Fixo
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP (somente números)
Profissão	Renda Mensal <b>R\$</b>	Data do Falecimento ou Incapacidade <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 Benefício por Incapacidade.

**Nos termos do regulamento do plano, venho requerer o benefício, conforme opção abaixo:**

Aposentadoria  
 Incapacidade  
 Pensão por Morte

**DESEJO RECEBER O BENEFÍCIO ASSINALADO ACIMA DA SEGUINTE FORMA:**

Pagamento único de \_\_\_\_\_ (até 25%) do saldo da Conta do Participante, e o restante por meio de uma das opções abaixo.

**Observação:** a opção de pagamento único de até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo da Conta Total do Participante não é aplicável ao Benefício por Incapacidade, nos termos do Regulamento do Plano Opella.

**Modalidade de Pagamento**

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

Pagamentos mensais, em número constante de quotas, por um período de 5 (cinco) a 25 (vinte e cinco) anos: \_\_\_\_\_ anos.  
 Renda mensal calculada mensalmente, correspondente a um percentual entre 0% e 2,0% do saldo remanescente da Conta Total do Participante (mês anterior ao pagamento): \_\_\_\_\_ %

**Observação:** o prazo de recebimento e/ou o percentual de renda mensal poderão ser redefinidos nos meses de março e setembro de cada ano, mediante comunicação prévia à Entidade, observadas as condições previstas no Regulamento do Plano Opella, em especial o prazo mínimo de 5 (cinco) anos para a opção por pagamentos por quotas. As alterações produzirão efeitos a partir do segundo mês subsequente à comunicação.

**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>5</sup>**

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

5- 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>6</sup>**

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

6- Nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda, informo que tenho como dependente(s), a(s) pessoa(s) acima relacionada(s).

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>7</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: _____

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

**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 PARA A SOLICITAÇÃO DA APOSENTADORIA

- 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 BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE

- 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%