

**Instruções de Preenchimento**

**1) Forma de envio:**

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.  
 Para os participantes Autopatrocinados, Assistidos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdependencia@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.

**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 <b>PLANO AJINOMOTO DE PREVIDÊNCIA</b>	Patrocinadora (Empresa)
--	-------------------------

**Dados do Participante**

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

Assinale apenas os dados que desejar alterar.

**Alteração dos Beneficiários**

Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.

SEQ.	NOME DO BENEFICIÁRIO <sup>1</sup>	CPF (somente números)	% DE RATEIO <sup>2</sup>	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE
1						
2						
3						
4						
5						

1- Para indicar herdeiros adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Manutenção do Plano".

2- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

**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.

**Alteração de Contribuição**

Solicito alterar meu nível de contribuição para o Plano Ajinomoto de Previdência instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado declarando que, na qualidade de Participante Ativo <sup>3</sup>, desejo passar a efetuar as contribuições mensais a partir da competência de \_\_\_\_\_ conforme abaixo:

Faixa Salarial (em no de UPA)	<input type="checkbox"/> Nível I <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> Nível II <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> Nível III <sup>4</sup>
10 a 20 UPA	1 %	2 %	3 %
Acima de 20 UPA	4 %	5 %	6 %

Desejo alterar minha contribuição voluntária mensal, correspondente a \_\_\_\_\_ % do meu Salário Aplicável <sup>5</sup> para a \_\_\_\_\_ %.

Desejo alterar minha contribuição voluntária mensal, correspondente ao valor de R\$ \_\_\_\_\_ para R\$ \_\_\_\_\_.

3- O Participante Ativo poderá efetuar Contribuições Voluntárias, nas condições a serem fixadas pela Patrocinadora e aplicáveis a todos os Participantes Ativos a ela vinculados. Não haverá contribuições da Patrocinadora sobre a parcela paga pelo Participante Ativo a título de Contribuição Voluntária.

4- O nível de contribuição escolhido pelo Participante poderá ser alterado seguindo os critérios a serem definidos pela Patrocinadora e aplicáveis a todos os Participantes Ativos a ela vinculados.

5- "Salário Aplicável": significará, para fins deste Plano, o salário nominal pago por Patrocinadora a Participante, acrescido da média aritmética simples dos últimos 12 meses dos adicionais noturno, periculosidade e de insalubridade, das comissões de venda e excluindo o 13º salário. Para os casos de Conselheiros e Diretores de Patrocinadora significará também os honorários e pró-labore recebidos.

**IMPORTANTE**

- **Contribuição Básica:** Significará o valor pago por Participante Ativo com Salário Aplicável igual ou superior a 15 UPA;
- **Contribuição Voluntária:** O Participante Ativo poderá efetuar Contribuições Voluntárias, nas condições a serem fixadas pela Patrocinadora e aplicáveis a todos os Participantes Ativos e ela vinculados.

**Suspensão/ Retomada de Contribuição**

- Desejo suspender a Contribuição Básica Mensal (opção exclusiva para os participantes ativos-funcionários, vinculados à patrocinadora).<sup>6</sup>
- Desejo suspender a Contribuição Voluntária Mensal.
- Desejo retornar com a minha Contribuição Básica Mensal <sup>7</sup>.
- Desejo retornar com a minha Contribuição Voluntária Mensal.

6- O Participante Ativo poderá suspender suas contribuições a este Plano, a qualquer momento, mediante solicitação à Entidade de acordo com o item 5.1.7 do regulamento do plano.

7- O Participante Ativo poderá retomar suas contribuições ao Plano, a qualquer momento, mediante solicitação à Entidade de acordo com o item 5.1.7.1 do regulamento do plano.

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 Participante



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

**Dados Responsável/Representante Legal (caso necessário)**

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal/Patrimônio Estimado <sup>8</sup>	E-mail
Tel (    )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>9</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: _____

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

7- 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/ppel/>.