

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 PLANO AJINOMOTO DE PREVIDÊNCIA	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 ¹	CPF (somente números)	% DE RATEIO ²	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 ³, 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 ⁴	<input type="checkbox"/> Nível II ⁴	<input type="checkbox"/> Nível III ⁴
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 ⁵ 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 a ela vinculados.

Suspensão/ Retomada de Contribuição

- Desejo suspender a Contribuição Básica Mensal (opção exclusiva para os participantes ativos-funcionários, vinculados à patrocinadora).⁶
- Desejo suspender a Contribuição Voluntária Mensal.
- Desejo retornar com a minha Contribuição Básica Mensal ⁷.
- 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 ⁸	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁹ <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/>.