

Endereço/Forma de Envio

O participante ativo deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.
Para os demais participantes, o formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdepenso@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.

Plano	Patrocinadora
PLANO DE BENEFÍCIOS PREV - RENDA	

Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo			CPF (somente números)			
Doc. de Identificação ¹		Natureza do doc. de identificação ¹		Órgão Expedidor		Data de Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nacionalidade		Naturalidade		Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estado Civil		E-mail		Telefone Fixo		Telefone Celular
Endereço (Av./Rua)			Número		Complemento	
Bairro		Cidade			UF	CEP (somente números)
Profissão		Cargo				Data de Admissão
Filiação (Pai)		Filiação (Mãe)		Nome do Cônjuge		

1- No caso de Participante estrangeiro, o passaporte poderá ser utilizado como documento de identificação.

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.icatuseguros.com.br/ppel/>.

Contribuição Facultativa

<input type="checkbox"/> Desejo efetuar a Contribuição Facultativa mensal equivalente a _____% do Salário de Participação (Mínimo de 1% e Máximo de 15%).
<input type="checkbox"/> Desejo efetuar a Contribuição Facultativa extraordinária equivalente a _____% do Salário de Participação (Mínimo 20% e Máximo determinado pela legislação aplicável).
<input type="checkbox"/> Desejo suspender a Contribuição Facultativa mensal.
<ul style="list-style-type: none"> • Salário de Participação: definido no Artigo 21 do Regulamento. • As condições para Contribuição Facultativa estão dispostas no Artigo 39 do Regulamento. • O percentual de contribuição só pode ser alterado no mês de aniversário do Participante.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Autorizo a patrocinadora a descontar em folha de pagamento as contribuições, facultativas nos termos definidos acima.
Para fins de direito, responsabilizo-me por todas as informações declaradas, necessárias à minha adesão como participante do Plano de Benefícios PREV-RENDA, e comprometo-me a informar, de imediato, sempre que ocorrerem alterações em meus dados cadastrais.

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 da Patrocinadora