

Endereço/Forma de Envio

A Proposta de Adesão deve ser entregue diretamente no RH da sua Patrocinadora (Empresa).

Plano PLANO DE BENEFÍCIOS CMSPREV	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

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	DDD/Telefone Fixo		DDD/Telefone Celular
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidade		Naturalidade	
Residência Fiscal no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informa o país		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Caso a resposta tenha sido "Não", informar o país	
Estado Civil	E-mail Pessoal			E-mail Corporativo		
Endereço (Av./Rua)				Número	Complemento	
Bairro		Cidade			UF	CEP (somente números)
Profissão		Data de Admissão	Nome do Cônjuge		CPF do Cônjuge (somente números)	
Filiação (Mãe)			Filiação (Pai)			

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

Solicito minha adesão ao Plano de Benefícios CMSPREV instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado declarando que, na qualidade de Participante Ativo, desejo efetuar contribuições mensais conforme abaixo:

Contribuição Básica:

- Solicito minha adesão ao Plano de Benefícios CMSPREV, na qualidade de Participante CONTRIBUINTE instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado desejando efetuar contribuição mensal, mediante a escolha de um percentual*, dentre aqueles constantes na tabela abaixo, a ser aplicado sobre o meu Salário de Participação _____% (2%, 4%, 6%, 8%, 10%, 12% ou 14%).
- Solicito minha adesão ao Plano de Benefícios CMSPREV na qualidade de participante NÃO CONTRIBUINTE, sendo elegível ao recebimento de Benefício Mínimo, em caso de Invalidez, Morte ou Aposentadoria, de acordo com disposto no regulamento do Plano.
- Solicito NÃO aderir ao Plano de Benefícios CMSPREV.

Contribuição Voluntária:

- Desejo efetuar Contribuição Voluntária* Mensal no valor de R\$_____.

Obs 1.: O percentual de contribuição poderá ser alterado nos meses de janeiro e julho de cada ano, mediante comunicação escrita à Patrocinadora através de formulário próprio. A Contribuição Básica do Participante será realizada mensalmente, não incidindo, porém, sobre o 13º salário.

Obs 2.: Salário de Participação*: significa o salário básico mensal, pago ao Participante pela Patrocinadora, acrescido de adicional de periculosidade, pago no curso do mesmo mês, excluindo o 13º (décimo terceiro) salário.

Obs 3.: Além da Contribuição Básica, o Participante Contribuinte poderá realizar Contribuições Voluntárias, em caráter voluntário e opcional, de qualquer valor e a qualquer época, mediante comunicação por escrito à Patrocinadora, através de formulário próprio e de acordo com as normas que esta estabelecer. Não haverá contrapartida das Patrocinadoras sobre a parcela paga pelo Participante a título de Contribuição Voluntária.

IMPORTANTE

Participante Contribuinte: todo o Participante que perceber Salário de Participação igual ou superior a 1 (uma) URP.

Participante Não Contribuinte: todo o Participante que perceber Salário de Participação inferior a 1 (uma) URP.

Obs.: URP = Unidade de Referência Previdenciária.

Dados dos Beneficiários

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE	% RATEIO ³

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

Obs.: Na ausência de designação de Beneficiário ou Beneficiário Indicado, o benefício será pago de acordo com a legislação em vigor.

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.

OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO

Opção pelo regime de Tributação Regressivo: Sim Não

Obs.: O prazo para a opção pelo regime de tributação regressivo será até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no Plano. Caso o Participante não faça a opção pelo regime de tributação regressivo até o prazo estabelecido, será automaticamente mantido no regime de tributação progressivo.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

- Estou ciente de que a opção pelo regime de tributação regressivo possui caráter irrevogável e irretroatável, não havendo possibilidade de alteração.
- Declaro que foi disponibilizado o Estatuto do Icatu Fundo Multipatrocinado, assim como o Regulamento e Material Explicativo do Plano, manifestando-me de acordo com todas as condições regulamentares.
- Autorizo a Patrocinadora a efetuar os descontos em folha de pagamento da Contribuição Básica e, quando for o caso, das outras contribuições, que me competem como Participante, no custeio do Plano.
- Estou ciente de que deverei comunicar imediatamente ao ICATU FMP caso em algum momento venha a me tornar Pessoa Politicamente Exposta.
- O Icatu Fundo Multipatrocinado e a Patrocinadora não prometem rentabilidade e/ou resultados financeiros, com base no desempenho do Fundo de Investimento, no desempenho alheio ou no de quaisquer ativos financeiros e/ou modalidades operacionais disponíveis no âmbito do mercado financeiro, portanto, estou ciente que a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados/rentabilidade futura.
- Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados na presente Proposta será realizado 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; (ii) o Icatu FMP poderá, sempre respeitando a legislação aplicável e somente quando for necessário para o correto cumprimento do contrato e das obrigações legais, compartilhar os dados pessoais aqui informados com o Patrocinador e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, acesse a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante