

Endereço/Forma de Envio

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

Plano PLANO COPENOR DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA	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", informar 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.

Solicitação

Solicito minha adesão ao Plano de Benefícios acima identificado instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado declarando que, na qualidade de Participante Ativo (Funcionário):

- Desejo efetuar Contribuição Normal Mensal correspondente a _____% (de 1 a 8% do menor entre SP² e 10 SU³ / de 3 a 10% do maior entre (SP-10 SU) e 0).
- Desejo efetuar Contribuição Adicional Mensal ⁴ correspondente a _____% sobre o Salário de Participação.
- Não desejo aderir ao plano.

2- SP ou Salário de Participação - Salário do participante ativo, e/ou qualquer outra remuneração recebida, sobre a qual incidirá contribuição para o plano, consideradas as mesmas verbas sobre as quais incide a contribuição para a Previdência Social.

3- SU ou Salário Unitário - Unidade de referência utilizada no cálculo da contribuição do benefício de auxílio doença e do pagamento do benefício mínimo.

4- Para esta contribuição, não haverá contrapartida da Patrocinadora.

Dados dos Beneficiários Indicados ⁵

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE	% RATEIO ⁶

5- Beneficiários Indicados: Pessoa livremente indicada pelo participante para recebimento do benefício.

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

Obs.: Na ausência de designação de 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 de 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, 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, basta acessar a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante