

## 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 [fundosdepensao@icatusseguros.com.br](mailto:fundosdepensao@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 FIEPEPREV</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<sup>1</sup>

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

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

1- Pessoa física indicada pelo Participante para receber o Benefício por Morte assegurado no Regulamento do Plano.

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

3- 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 do Percentual de Contribuição

Assinale apenas os dados que desejar alterar.

Desejo alterar a minha Contribuição Ordinária<sup>4</sup> Mensal para a faixa (coluna Tabela) \_\_\_\_\_ (1 a 6), sobre o Salário Real de Contribuição<sup>5</sup>, inclusive 13º Salário.

Tabela	% a serem aplicados sobre as partes do Salário Real de Contribuição			
	Até ½ UP	Entre ½ UP e 1 UP	Entre 1 UP e 3 UP	Excedente a 3UP
1	3,00%	5,00%	12,00%	15,00%
2	2,70%	4,50%	10,80%	13,50%
3	2,40%	4,00%	9,60%	12,00%
4	2,10%	3,50%	8,40%	10,50%
5	1,80%	3,00%	7,20%	9,00%
6	1,50%	2,50%	6,00%	7,50%

Desejo alterar a minha Contribuição Adicional<sup>6</sup> mensal para \_\_\_\_\_ % (percentual inteiro a partir de 1%) sobre o Salário Real de Contribuição.

Desejo efetuar Contribuição Esporádica<sup>7</sup> no valor de R\$ \_\_\_\_\_ (a partir de 30% sobre o Salário Real de Contribuição).

4- A Contribuição Ordinária do Participante, de caráter obrigatório e mensal, será calculada mediante aplicação dos percentuais da faixa escolhida pelo Participante na data de sua inscrição no Plano FIEPEprev constantes da tabela acima. Nos meses de maio e novembro, o Participante poderá alterar o percentual de contribuição, com a vigência a partir de julho e janeiro subsequentes.

5- Salário Real de Contribuição: É a base de cálculo para as contribuições mensais do Participante Ativo, nos termos do Regulamento do Plano.

6- Contribuição Adicional: Contribuição realizada pelo participante, de caráter opcional e mensal. No mês de novembro o participante poderá alterar o percentual, com vigência a partir de janeiro do ano seguinte.

7- Contribuição Esporádica: Contribuição realizada pelo Participante, de caráter eventual e opcional.

Obs.: UP (Unidade do Plano FIEPEprev) É o valor utilizado como base para os cálculos do Plano FIEPEprev.

## Suspensão de Contribuição / Cancelamento de Contribuição

Desejo cancelar <sup>8</sup> a minha Contribuição Adicional.

Desejo cancelar <sup>9</sup> a minha inscrição no Plano FIEPEprev.

8- No mês de novembro de cada ano, o Participante poderá, mediante comunicação por escrito, mudar o percentual da sua contribuição adicional ou cancelá-la, com vigência a partir do mês de janeiro do ano seguinte.

9- Cancelamento da Inscrição - Art. 19 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: _____

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

9- 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.icatusseguros.com.br/ppe/>.