

Endereço/Forma de Envio

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

Plano	Patrocinadora (Empresa)
PLANO DE APOSENTADORIA METALSA	

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.

Solicitação

Será elegível a Contribuição Básica mensal o Participante com Salário superior a 06 UP. Caso seja elegível, preencha o percentual de contribuição desejado nos itens abaixo:

- Contribuição Básica Participante correspondente a ____% (de 0,5% a 12,5% aplicado sobre a parcela do Salário que exceder a 06 UP²). A Contribuição Básica mínima será de 0,25% (zero vírgula vinte e cinco por cento) da UP.
- Contribuição Voluntária, sem qualquer contrapartida da patrocinadora, equivalente a ____%* do Salário Aplicável³, a ser descontado mensalmente do contracheque.
- Não desejo participar do Plano de Benefícios.

2- **Unidade Previdenciária (UP):** Esse valor será reajustado pela Patrocinadora, no mínimo, de acordo com o índice dos reajustes salariais ou por outro índice, mediante aprovação da autoridade governamental competente.

3- **Salário Aplicável:** Salário base mensal mais adicionais de insalubridade, periculosidade, noturno e por tempo de serviços pagos por Patrocinadora a Participante. Para os casos de conselheiros e diretores de Patrocinadora significará também os honorários e pró-labores mensais recebidos.

Obs.: o percentual escolhido para a contribuição voluntária, deverá ser um percentual inteiro do Salário Aplicável. As Contribuições Básicas e Voluntárias de Participante Ativo serão efetuadas mensalmente, 12 (doze) vezes ao ano.

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 irratificável, 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, 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.
- 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