

**Instruções de Preenchimento**

**1) Forma de envio:**

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.  
 Para os participantes Autopatrocinaados, Assistidos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdependencia@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 Representante Legal (mãe/pai/tutor).  
**Não possui discernimento para assinar:** assinado pelo Participante junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

**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.

**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 por autenticidade.

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 DE BENEFÍCIOS OTIS</b>	Patrocinadora (Empresa)
--	-------------------------

**Dados do Participante**

Nome Completo		CPF (somente números)
Tel ( )	E-mail Pessoal	E-mail Corporativo

**Alteração dos Beneficiários <sup>1</sup>**



Preencha os campos abaixo com as informações dos seus beneficiários.

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

1- Beneficiários Legais: Cônjuge ou companheiro(a), filhos naturais e adotivos ou enteados até 21 anos de idade, ou inválidos sem limite de idade que tiverem a condição de dependência reconhecida pela Previdência Social. Será também considerado beneficiário, o filho natural, o adotivo e o enteado, solteiro, que tenha até 24 anos de idade, se cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo MEC. Para mais informações, consultar o Regulamento do seu Plano.

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

**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 efetuar Contribuição Básica Mensal<sup>3</sup> correspondente a \_\_\_\_\_ % sobre o excedente<sup>4</sup> (percentual inteiro entre 0% e 5%).

Desejo efetuar Contribuição Adicional Mensal<sup>5</sup> correspondente a \_\_\_\_\_ % da Contribuição Básica (50% ou 100%).

Desejo efetuar Contribuição Voluntária<sup>6</sup> Mensal correspondente a R\$ \_\_\_\_\_.

3- **Contribuição Básica Mensal:** O percentual escolhido para a Contribuição básica mensal poderá ser alterado, nos meses de junho e dezembro de cada ano, para vigorar no mês subsequente. Será elegível a contribuição básica, o participante com salário de contribuição superior a 15 Unidades de Referência - URO.

4- Aplicado sobre a parcela do Salário de Contribuição que exceder a 08 Unidades de Referência Otis - URO.

5- **Contribuição Adicional Mensal:** A Contribuição Adicional tem caráter voluntário e opcional, e poderá ser alterada em junho e dezembro de cada ano, mediante comunicação por escrito à Patrocinadora, através de formulário próprio e de acordo com as normas que esta estabelecer. O Participante Ativo/Autopatrocinaado poderá efetuar Contribuição Adicional Mensal, sem a contrapartida da patrocinadora, desde que já tenha atingido o % máximo na Contribuição Básica Mensal.

6- Será elegível a Contribuição Voluntária todos os participantes do plano, independente do salário de contribuição. Nessa contribuição, não há contrapartida da Patrocinadora, sendo o valor e frequência livremente escolhido pelo participante.

**IMPORTANTE**

- A Patrocinadora efetuará os descontos em folha de pagamento da Contribuição Básica Mensal, da Contribuição Adicional e, quando for o caso, das outras contribuições que competem ao participante Ativo, no custeio do Plano de Benefícios.

**Suspensão de Contribuição**
 Desejo suspender a Contribuição Adicional

 Desejo suspender a Contribuição Voluntária

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>7</sup>	E-mail
Tel (      )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>8</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: _____

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

8- 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/>.