

**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 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 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 PREVINOR DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA</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**

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

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

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

2- 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 de Contribuição**

Desejo alterar minha Contribuição Normal Regular para \_\_\_\_\_% (de 2,5 a 3%) do menor entre SP 2 e 10 SU 3 + \_\_\_\_\_% (de 8 a 10%) do maior entre (SP- 10 SU) e 0.

Desejo efetuar Contribuição Adicional mensal, correspondente a \_\_\_\_\_ % do seu Salário Participação.

**Obs 1:** Obedecidos os limites, o percentual escolhido poderá ser alterado no mês de novembro de cada ano, passando a vigorar no ano seguinte; no caso do PARTICIPANTE não informar o percentual escolhido, será mantido o último percentual informado.

**Obs 2:** Além da CONTRIBUIÇÃO Normal mensal do PARTICIPANTE prevista no item 12.1.1, o PARTICIPANTE poderá efetuar Contribuição Normal Eventual para o PLANO, através de recursos próprios, da participação em resultados ou de outros pagamentos feitos pelo PATROCINADOR.

**Obs 3:** A Contribuição Normal Eventual de PARTICIPANTE não implica na necessidade ou obrigatoriedade da contrapartida do PATROCINADOR na forma de contribuições facultativas ou em qualquer outra forma de contribuição patronal.

**Obs 4:** SALÁRIO DE PARTICIPAÇÃO ou SP: 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.

**Obs 5:** SALÁRIO UNITÁRIO ou SU: unidade de referência utilizada no cálculo da CONTRIBUIÇÃO, do BENEFÍCIO de Auxílio-Doença e do pagamento do benefício mínimo.

**Suspensão/ Retomada de Contribuição**

- Desejo cancelar a minha adesão ao plano.
- Desejo suspender a Contribuição Normal Regular.
- Desejo retornar com a minha Contribuição Normal Regular.

**Obs 6.:** Havendo o cancelamento da adesão e posterior reingresso sem que ocorra o TÉRMINO DO VÍNCULO, os direitos e carências para elegibilidade só contarão a partir da data do reingresso.

**Obs 7.:** Reingresso ao PLANO em prazo superior a 30(trinta) dias após o cancelamento da adesão poderá estar condicionado ao resultado de perícia médica.

**Obs 8.:** O PARTICIPANTE CANCELADO fará jus ao recebimento, na data do TÉRMINO DO VÍNCULO, do valor correspondente ao RESGATE que teria direito na data do cancelamento, corrigido pelo valor da QUOTA. No caso de cancelamento da vinculação ao PLANO sem o TÉRMINO DO VÍNCULO (PARTICIPANTE CANCELADO), o percentual a ser aplicado sobre todos os saldos constituídos por CONTRIBUIÇÃO do PATROCINADOR será igual a 0% (zero por cento).

**Cancelamento de Inscrição ao Plano**

- Solicito o cancelamento de minha inscrição ao Plano de Benefícios, junto ao Icatu FMP. Estou ciente que esse cancelamento implicará na perda do direito a benefícios, estendendo-se aos meus beneficiários 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>3</sup>	E-mail
Tel (    )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>4</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: _____

<sup>3</sup>- Em caso requerente menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

<sup>4</sup>- 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/>.