

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 (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 PLANO FIEPEPREV	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 Beneficiários¹

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

SEQ.	NOME DO BENEFICIÁRIO ²	CPF (somente números)	% DE RATEIO ³	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 Ordinária⁴ Mensal para a faixa (coluna Tabela) _____ (1 a 6), sobre o Salário Real de Contribuição⁵, 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 Adicional⁶ mensal para _____ % (percentual inteiro a partir de 1%) sobre o Salário Real de Contribuição.

Desejo efetuar Contribuição Esporádica⁷ 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 ⁸ a minha Contribuição Adicional.

Desejo cancelar ⁹ 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 ⁸	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁹ <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/>.