

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 DE APOSENTADORIA METALSA	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 ¹	CPF (somente números)	% DE RATEIO ²	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 a Contribuição Básica mensal correspondente à aplicação de _____% (percentual de 0,5% a 12,5% aplicado sobre a parcela do Salário Aplicável⁴ que exceder a 06 UP). A Contribuição Básica mínima será de 0,25% (zero vírgula vinte e cinco por cento) da UP⁵.
- Contribuição Voluntária, sem qualquer contrapartida da patrocinadora, equivalente a _____% do Salário Aplicável, a ser descontado mensalmente do contracheque.

Obs 1.: Caso o participante opte por efetuar contribuições básicas mensais, a Contribuição Básica de Patrocinadora será equivalente a 100% (cem por cento) da Contribuição Básica de Participante.

Obs 2.: O percentual escolhido para a contribuição voluntária, deverá ser um percentual inteiro do Salário Aplicável e só poderá ser alterado no mês de Abril de cada ano. As Contribuições Básicas e Voluntárias de Participante Ativo serão efetuadas mensalmente, 12 (doze) vezes ao ano.

Obs 3.: Para os Participantes Ativos que se mantiverem na regra de contribuição anterior à Data de Reformulação do Plano³, a patrocinadora efetuará, mensalmente, Contribuição Básica, equivalente a 12,5% (doze vírgula cinco por cento) da parcela do Salário Aplicável⁴ que exceda a 6 (seis) UP⁵.

3- Data da Reformulação do Plano: 01/11/2016.

4- 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.

5- 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.

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.

Suspensão/ Retomada de Contribuição

<input type="checkbox"/> Desejo suspender a Contribuição Básica mensal, estou ciente de que somente poderei retomar as contribuições após o decurso de, no mínimo, 6 (seis) meses de suspensão das mesmas. A suspensão de contribuições não implicará em perda da condição e dos direitos inerentes aos Participantes Ativos deste Plano.
<input type="checkbox"/> Desejo suspender a Contribuição Voluntária , estou ciente de que somente poderei retomar as contribuições após o decurso de, no mínimo, 6 (seis) meses de suspensão das mesmas.
<input type="checkbox"/> Desejo retornar com a minha Contribuição Básica Mensal.
<input type="checkbox"/> Desejo retornar com a minha Contribuição Voluntária Mensal.

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 ⁶	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁷ <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: _____

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

7- 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/ppe/>.