ICATU | FMP

Manutenção do Plano

OUT / 2024

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@icatuseguros.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	Patrocinadora (Empresa)
PLANO DE BENEFÍCIOS OTIS	

Dados do Participante

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

Alteração do Percentual de Contribuição[1]

Assinale apenas os dados que desejar alterar.

Aplicável somente a participantes com salário até 15 (quinze) Unidades de Referência (URO)

☐ Desejo efetuar Contribuição Básica Mensal[2] correspondente a _____ % sobre o Salário de Contribuição (percentual entre 0% e 1%, em múltiplos de 0,5%).

Aplicável somente a participantes com salário acima 15 (quinze) Unidades de Referência (URO)

☐ Desejo efetuar Contribuição Básica Mensal[2] correspondente a _____ % sobre o excedente[3] (percentual entre 0% e 5%, em múltiplos de 0,5%).

☐ Desejo efetuar Contribuição Adicional Mensal[4] correspondente a _____% da Contribuição Básica (50% ou 100%).

☐ Desejo efetuar Contribuição Voluntária[5] Mensal correspondente a R$ _____.

1 - O percentual escolhido para a contribuição básica e adicional poderá ser alterado nos meses de junho e dezembro de cada ano, ou na data da opção pelo autopatrocínio, para vigorar no mês subsequente.

2 - Contribuição Básica Mensal: Todos os participantes são elegíveis a realizar a contribuição básica. No entanto, participantes com salário inferior a 15 Unidades de Referência poderão contribuir com um percentual entre 0% e 1% em múltiplos de 0,5%. Já os participantes com salário acima de 15 Unidades de Referência poderão contribuir com um percentual entre 0% e 5% do Aplicado sobre a parcela do Salário de Contribuição que exceder a 08 Unidades de Referência Otis-URO.

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

4 - A contribuição adicional tem caráter voluntário e opcional e somente será permitida, caso o participante opte por efetuar a contribuição básica no percentual máximo. Para esta contribuição, não haverá contrapartida da Patrocinadora.

5 - A Contribuição Voluntária será opcional em termos de frequência e valor. Para esta contribuição, não haverá contrapartida da Patrocinadora.

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

Alteração dos Beneficiários [6]

Preencha os campos abaixo com as informações dos seus beneficiários.

SEQ.	NOME DO BENEFICIÁRIO [7]	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE
1					
2					
3					
4					
5					

6- 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.

7- 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.

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 ICATUFMP 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] ☐ Sim ☐ Não	Grau de Parentesco/Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ 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.icatuseguros.com.br/ppe/.