

## Endereço/Forma de Envio

A Proposta de Adesão deve ser entregue diretamente no RH da sua Patrocinadora (Empresa).

Plano	Patrocinadora (Empresa)
<b>PLANO DE BENEFÍCIOS OTIS</b>	

## Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo					CPF (somente números)	
Doc. de Identificação <sup>1</sup>	Natureza do doc. de identificação <sup>1</sup>	Órgão Expedidor	Data de Expedição	DDD/Telefone Fixo		DDD/Telefone Celular
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		Nacionalidade	Naturalidade		
Residência Fiscal no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informar o país		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informar o país		
Estado Civil	E-mail Pessoal		E-mail Corporativo			
Endereço (Av./Rua)				Número	Complemento	
Bairro		Cidade			UF	CEP (somente números)
Profissão	Data de Admissão	Nome do Cônjuge		CPF do Cônjuge (somente números)		
Filiação (Mãe)			Filiação (Pai)			

1- No caso de Participante estrangeiro, o passaporte poderá ser utilizado como documento de identificação.

## Solicitação<sup>2</sup>

Solicito minha adesão ao Plano de Benefícios acima identificado instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado declarando que, na qualidade de Participante Ativo (funcionário), desejo efetuar contribuições mensais conforme abaixo:

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

Contribuição Básica Mensal 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)**

Contribuição Básica Mensal correspondente a \_\_\_\_\_% sobre o Excedente<sup>4</sup> (percentual entre 0% e 5%, em múltiplos de 0,5%).

**Demais Contribuições**

Contribuição Adicional Mensal<sup>4</sup> correspondente a \_\_\_\_\_% de Contribuição Básica (50% ou 100%).

Contribuição Voluntária<sup>5</sup> Mensal correspondente a R\$ \_\_\_\_\_.

2 - Todos os participantes são elegíveis a realizar a contribuição básica. No entanto, participantes com salário inferior a 15 Unidades de Referência poderão contribuir apenas com um percentual entre 0% e 1%. Já os participantes com salário acima de 15 Unidades de Referência poderão contribuir com um percentual entre 0% e 5% do excedente<sup>3</sup>. O Participante que tiver alteração no Salário de Contribuição e, conseqüentemente mudar de faixa dentre aquelas previstas no Regulamento do Plano, terá o valor da Contribuição Básica recalculado considerando o maior percentual estabelecido para a nova faixa.

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.

## Dados dos Beneficiários Legais<sup>6</sup>

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE

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.

Obs.: Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário ou enviar um 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.

## OPÇÃO PELO REGIME TRIBUTÁRIO

A Opção pelo regime de tributação poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate.

## DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

- 1- Declaro que foi disponibilizado o Estatuto do Icatu Fundo Multipatrocinado, assim como o Regulamento e Material Explicativo do Plano, manifestando-me de acordo com todas as condições regulamentares.
- 2- Autorizo a Patrocinadora a efetuar os descontos em folha de pagamento da Contribuição Básica e, quando for o caso, das outras contribuições, que me competem como participante, no custeio do Plano.
- 3- Estou ciente de que deverei comunicar imediatamente ao ICATUFMP caso em algum momento venha a me tornar Pessoa Politicamente Exposta.
- 4- O Icatu Fundo Multipatrocinado e a Patrocinadora não prometem rentabilidade e/ou resultados financeiros, com base no desempenho do Fundo de Investimento, no desempenho alheio ou no de quaisquer ativos financeiros e/ou modalidades operacionais disponíveis no âmbito do mercado financeiro, portanto, estou ciente que a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados/rentabilidade futura.
- 5- Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados na presente Proposta será realizado 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; (ii) o IcatuFMP poderá, sempre respeitando a legislação aplicável e somente quando for necessário para o correto cumprimento do contrato e das obrigações legais, compartilhar os dados pessoais aqui informados com o Patrocinador e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, acesse a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura do Participante