

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.

Plano PLANO DE APOSENTADORIA PREVI-CONTINENTAL	Patrocinadora (Empresa)
----------------------------------------------------------	-------------------------

Dados do Participante

Nome Completo		CPF (somente números)	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	

Contribuição Voluntária Específica

Por este instrumento, o Participante acima qualificado solicita a Contribuição Voluntária Específica no Plano de Aposentadoria de Contribuição Definida Previ-Continental, instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado, conforme abaixo:

Desejo efetuar Contribuição Voluntária Específica* de R\$ _____.

Obs.: * Além da Contribuição Básica e da Contribuição Voluntária, ainda que não esteja contribuindo pelo percentual máximo permitido para a Contribuição Básica, o Participante Ativo poderá efetuar **Contribuição Voluntária Específica, incidente sobre o seu 13º salário**. Não haverá contribuições de Patrocinadora sobre a parcela paga pelo Participante Ativo a título de Contribuição Voluntária Específica. Observados os limites e procedimentos para tanto estabelecidos pelo órgão estatutário competente da Entidade e aplicáveis a todos os Participantes Ativos do Plano.

Declaração

- 1- Declaro, sob penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à empresa qualquer responsabilidade perante a fiscalização.
- 2- Declaro estar ciente que os percentuais das Contribuições Básicas de Participante Ativo poderão ser alteradas, mediante comunicação escrita à Patrocinadora. Estou ciente que caso não indique por escrito os percentuais de contribuição para vigorar para o próximo período, serão considerados os percentuais vigentes.
- 3- Declaro estar ciente que poderei suspender minhas contribuições ao Plano, a qualquer tempo por prazo indeterminado, mediante comunicação escrita à Patrocinadora. Estou ciente que configurada esta hipótese, a retomada de contribuições ao Plano será permitida no mês de Julho de cada ano. Estou ciente que na hipótese de incapacidade ou Morte durante o período de suspensão, serei elegível ao Benefício por Incapacidade ou Pensão por Morte previstos nos itens 7.3 e 7.5, respectivamente, 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

Patrocinadora