

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 fundosdependencia@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 PREVI-CONTINENTAL	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 Indicados ¹ Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.

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

1- Beneficiários Indicados: São Beneficiários Indicados do participante, toda e qualquer pessoa física por este inscrita nesta condição no Plano, que na ausência dos Beneficiários mencionados nos itens 2.2 do regulamento, poderão receber valores em conformidade com as regras 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".

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 efetuar Contribuição Básica Mensal ³ correspondente a 0,5% sobre o Salário Aplicável ⁴ até 10 UPC ⁵, mais um percentual de _____% (entre 0,5% e 8%) sobre a parcela do Salário Aplicável superior a 10 UPC.

Desejo efetuar Contribuição Voluntária Mensal ⁶ _____% .

3- O percentual escolhido para a Contribuição básica mensal poderá ser alterado no mês de julho cada ano.

4- Significa salário nominal, excluindo-se o 13º salário pago pela Patrocinadora ao participante. Para os casos de Diretores, significará também honorários e pró-labore recebidos.

5- UPC significa Unidade Previdenciária Continental. A UPC será reajustada anualmente no mês de janeiro de cada ano, de acordo com a variação do Índice de Reajuste verificada no período.

6- A Contribuição Voluntária Mensal tem caráter voluntário e opcional, e poderá ser de qualquer valor ou percentual do Salário Aplicável, de acordo com a forma escolhida e poderá ser alterado em qualquer época, mediante comunicação por escrito à Patrocinadora, através de formulário próprio e de acordo com as normas que esta estabelecer. O Participante Ativo/Autopatrocinado poderá efetuar Contribuição Voluntária Mensal, sem a contrapartida da patrocinadora, desde que já tenha atingido o % máximo na Contribuição Básica Mensal.

IMPORTANTE

A Patrocinadora efetuará os descontos em folha de pagamento da Contribuição Básica Mensal, da Contribuição Voluntária e, quando for o caso, das outras contribuições que competem ao participante Ativo, no custeio do Plano de Benefícios.

Suspensão/Retomada de Contribuição

<input type="checkbox"/> Desejo suspender a Contribuição Básica Mensal (opção exclusiva para os participantes ativos-funcionários, vinculados à patrocinadora) ⁸ .
<input type="checkbox"/> Desejo suspender a Contribuição Voluntária Mensal.
<input type="checkbox"/> Desejo retornar com a minha Contribuição Básica Mensal.

8- A suspensão da contribuição básica poderá ocorrer a qualquer momento e poderá ser retomada no mês de julho de cada ano. Ao efetuar a suspensão, a Patrocinadora interromperá com as suas contribuições ao Plano. Durante o período de suspensão não será permitida a realização de Contribuição Voluntária e da Contribuição Voluntária Específica.

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 ⁹	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ¹⁰ <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: _____

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

10- 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/ppel/>.