Proposta de Adesão

Endereço/Forma de Envio

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

Plano	Patrocinadora (Empresa)
PLANO DE BENEFÍCIOS AEROSPACE	

Dados do Participante

Preenchimento obrigatório.

Nome Completo					CPF (somente números)
Doc. de Identificação1	Natureza do doc. de identificação1	Órgão Expedidor	Data de Expedição	DDD/Telefone Fixo	DDD/Telefone Celular
Data de Nascimento	Sexo ☐ Feminino ☐ Masculino	Nacionalidade		Naturalidade	
Residência Fiscal no Brasil ? ☐ Sim ☐ Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informa o país	Residente no Brasil ? ☐ Sim ☐ 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

☐ 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:

- ☐ Contribuição Básica Mensal[2] correspondente a _____% sobre o Excedente[3] (percentual inteiro entre 0% e 5%).
- ☐ Contribuição Adicional Mensal[4] correspondente a _____% de Contribuição Básica (50% ou 100%).
- ☐ Contribuição Voluntária[5] Mensal correspondente a R$ _____.

☐ Solicito minha adesão ao Plano de Benefícios acima declarando que, na qualidade de Participante NÃO CONTRIBUINTE[2], sendo elegível ao recebimento de Benefício Mínimo, em caso de Aposentadoria Normal, Aposentadoria Antecipada, Benefício por Invalidez, Benefício Proporcional, bem como aos seus Beneficiários na hipótese de Benefício por Morte previsto neste Plano.

☐ Não desejo aderir ao plano.

2- Será elegível a Contribuição Básica e Adicional Mensal, o Participante com Salário de Contribuição superior a 8 Unidades de Referência Aerospace - URA. Ao participante com salário inferior a 8 URA, será assegurado a percepção de um Benefício Mínimo quando preencher os requisitos estabelecidos para a concessão da Aposentadoria Normal, Aposentadoria Antecipada, Benefício por Invalidez, Benefício Proporcional, bem como aos seus Beneficiários na hipótese de Benefício por Morte previsto neste Plano.

3- Aplicado sobre a parcela do Salário de Contribuição que exceder a 08 Unidades de Referência Aerospace - URA.

4- A contribuição adicional 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, podendo ser realizada também pelos participantes com salário inferior a 8 URA. Para esta contribuição, não haverá contrapartida da Patrocinadora.

Dados dos Beneficiários Legais[6]

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, 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, basta acessar a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura do Participante

_____
Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)