

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora. Para os participantes Autopatrocínados, 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.

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.

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 BENEFÍCIOS AEROSPACE	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

Dados do Participante

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

Alteração dos Beneficiários ¹



Preencha os campos abaixo com as informações dos seus beneficiários.

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

1- 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.

2- 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.

Alteração do Percentual de Contribuição



Assinale apenas os dados que deseja alterar.

☐ Desejo efetuar Contribuição Básica Mensal³ correspondente a _____ % sobre o excedente⁴ (percentual inteiro entre 0% e 5%).

☐ Desejo efetuar Contribuição Adicional Mensal⁵ correspondente a _____ % da Contribuição Básica (50% ou 100%).

☐ Desejo efetuar Contribuição Voluntária⁶ Mensal correspondente a R\$ _____.

3- **Contribuição Básica Mensal:** O percentual escolhido para a Contribuição básica mensal poderá ser alterado, nos meses de junho e dezembro de cada ano, para vigorar no mês subsequente. Será elegível a contribuição básica, o participante com salário de contribuição superior a 08 Unidades de Referência - URA.

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

5- **Contribuição Adicional Mensal:** A Contribuição Adicional tem caráter voluntário e opcional, e poderá ser alterada em junho e dezembro de cada ano, mediante comunicação por escrito à Patrocinadora, através de formulário próprio e de acordo com as normas que esta estabelecer. O Participante Ativo/Autopatrocínado poderá efetuar Contribuição Adicional Mensal, sem a contrapartida da patrocinadora, desde que já tenha atingido o % máximo na Contribuição Básica Mensal.

6- Será elegível a Contribuição Voluntária todos os participantes do plano, independente do salário de contribuição. Nessa contribuição, não há contrapartida da Patrocinadora, sendo o valor e frequência livremente escolhido pelo participante.

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.

Centro de Relacionamento: 0800 285 3004

Oviduário Icatu: 0800 286 0047, caso não tenha ficado satisfeito com a resolução, entre em contato conosco. Ao ligar tenha em mãos o número do protocolo de atendimento. Dias úteis, das 8h às 18h.

Suspensão de Contribuição

- ☐ Desejo suspender a Contribuição Adicional
- ☐ Desejo suspender a Contribuição Voluntária

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 ⁷	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁸ ☐ Sim ☐ Não	Grau de Parentesco/Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Outro: _____

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

8- 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.ikatuseguros.com.br/ppe/>.