

Endereço/Forma de Envio

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

Plano PLANO AJINOMOTO DE PREVIDÊNCIA	Patrocinadora (Empresa)
--	-------------------------

Dados do Participante  Preenchimento obrigatório.

Nome Completo				CPF (somente números)	
Doc. de Identificação ¹	Natureza do doc. de identificação ¹	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", informe o país		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informe 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.

Solicito minha adesão ao Plano Ajinomoto de Previdência instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado declarando que, na qualidade de Participante Ativo, desejo efetuar contribuições mensais conforme abaixo:

O Participante Ativo ³ com Salário Aplicável ⁴ igual ou superior a 15 UPA, poderá efetuar Contribuição Básica, optando por um dos níveis de contribuição descritos na tabela abaixo:

Faixa Salarial (em nº de UPA)	Nível I ⁵ <input type="checkbox"/>	Nível II ⁵ <input type="checkbox"/>	Nível III ⁵ <input type="checkbox"/>
10 a 20 UPA	1 %	2 %	3 %
Acima de 20 UPA	4 %	5 %	6 %

Desejo efetuar contribuição voluntária mensal, correspondente a _____ % do seu Salário Aplicável ³, ou um valor fixo equivalente a R\$ _____

2- O Participante Ativo poderá efetuar Contribuições Voluntárias, nas condições a serem fixadas pela Patrocinadora e aplicáveis a todos os Participantes Ativos a ela vinculados. Não haverá contribuições da Patrocinadora sobre a parcela paga pelo Participante Ativo a título de Contribuição Voluntária.

3- "Salário Aplicável": significará, para fins deste Plano, o salário nominal pago por Patrocinadora a Participante, acrescido da média aritmética simples dos últimos 12 meses dos adicionais noturno, periculosidade e de insalubridade, das comissões de venda e excluindo o 13º salário. Para os casos de Conselheiros e Diretores de Patrocinadora significará também os honorários e pró-labore recebidos. O nível de contribuição escolhido pelo Participante poderá ser alterado seguindo os critérios a serem definidos pela Patrocinadora e aplicáveis a todos os Participantes Ativos a ela vinculados.

Dados dos Beneficiários

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE	% RATEIO ⁶

4- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

Obs.: Na ausência de designação de Beneficiário ou Beneficiário Indicado, o benefício será pago de acordo com a legislação em vigor.

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

Opção pelo regime de Tributação Regressivo: Sim Não

Obs.: O prazo para a opção pelo regime de tributação regressivo será até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no Plano. Caso o Participante não faça a opção pelo regime de tributação regressivo até o prazo estabelecido, será automaticamente mantido no regime de tributação progressivo.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

- 1- Estou ciente de que a opção pelo regime de tributação regressivo possui caráter irrevogável e irretroatável, não havendo possibilidade de alteração.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- Estou ciente de que deverei comunicar imediatamente ao Icatu FMP caso em algum momento venha a me tornar Pessoa Politicamente Exposta.
- 5- 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.
- 6- 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 Icatu FMP 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