

Endereço/Forma de Envio

O participante ativo deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.
 Para os demais participantes, o formulário poderá 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	Patrocinadora
PLANO DE BENEFÍCIOS PREV - RENDA	

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
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nacionalidade		Naturalidade	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estado Civil		E-mail		Telefone Fixo		Telefone Celular
Endereço (Av./Rua)			Número		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP (somente números)	
Profissão		Cargo			Data de Admissão	
Filiação (Pai)		Filiação (Mãe)		Nome do Cônjuge		

1- No caso de Participante estrangeiro, o passaporte poderá ser utilizado como documento de identificação.

2- 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.icatusseguros.com.br/ppe/>.

Cancelamento do Plano

Solicito o cancelamento de minha inscrição ao Plano de Benefícios Prev-Renda junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a empresa qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Estou ciente de que minhas contribuições cessarão no momento em que eu requerer o cancelamento do plano. Caso a folha de pagamento da Patrocinadora estiver fechada no momento do requerimento, o cancelamento será realizado na folha de pagamento do mês subsequente.

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