

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 Requerente 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 por autenticidade.

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 CD XPREV	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 o estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo MEC. Para mais informações, consultar o Regulamento do seu Plano.

2- Para indicar herdeiros 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 desejar alterar.

Solicito a ALTERAÇÃO do percentual de minha contribuição básica mensal ³ conforme abaixo:

1% (um por cento) sobre o salário aplicável ⁴ até 10 UP ⁵, acrescida do percentual de _____% (de 1 a 10%) sobre a parcela do meu salário aplicável que exceder a 10 UP ³.

Desejo suspender a contribuição básica mensal. ⁶

Em relação à contribuição voluntária ⁷, eu:

Desejo efetuar, SOMENTE NO MÊS de _____ de 20_____, uma contribuição voluntária correspondente a _____% do meu salário aplicável.

Desejo efetuar MENSALMENTE uma contribuição voluntária correspondente a _____% do meu salário de aplicável.

Não desejo efetuar contribuição voluntária.

3- Nos termos do regulamento do Plano de Aposentadoria CD XPREV, o percentual do salário aplicável escolhido pelo participante para cálculo de sua contribuição básica poderá ser alterado a qualquer momento, vigorando a partir do mês subsequente ao mês da entrega do formulário de solicitação de alteração de percentual.

4- Salário aplicável: significará o salário base pago por Patrocinadora a Participante, incluído o adicional de periculosidade e demais adicionais remuneratórios com valores mensais fixos, bem como o 13º (décimo terceiro) salário. Para os casos de conselheiros e diretores de Patrocinadora significará, também, os honorários e pró-labores recebidos.

5- UP equivale a Unidade Previdenciária. Para saber o valor atual da UP entre em contato com o Centro de Relacionamento com o Cliente (CRC) por meio do número 0800 285-3004.

6- A suspensão da contribuição básica se aplica apenas para Participantes Ativos e a mesma poderá ser retomada a qualquer momento, mediante solicitação.

7- O percentual do salário aplicável escolhido pelo participante para cálculo de sua contribuição voluntária poderá ser alterado a qualquer momento, mediante preenchimento de solicitação formal, entregue à patrocinadora e ao Icatu FMP. A critério da patrocinadora, a periodicidade de alteração do percentual da contribuição voluntária poderá ser modificada.

Retomada de Contribuição

Desejo retornar com a minha Contribuição Básica Mensal.

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) ⁹ <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.

9- 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/>.