

Instruções de Preenchimento

1) Forma de envio:

O participante ativo (funcionário) deve entregar o Formulário diretamente no RH da sua Patrocinadora.
 Para os participantes Autopatrocinados, 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 (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.
 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 DACARPREV | Patrocinadora (Empresa) |
|---|-------------------------|

Dados do Participante

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

 Assinale apenas os dados que deseja alterar.

Alteração dos Beneficiários

 Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.

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

1- Para indicar herdeiros adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Manutenção do Plano".

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

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 de Contribuição

- Desejo reduzir em 50% (cinquenta por cento) * a minha contribuição Normal Mensal.
- Desejo alterar a minha Contribuição Suplementar* Mensal para R\$ _____.

Obs* Contribuição Suplementar: de caráter regular e facultativa, definida pelo Participante anualmente, vertida mensalmente.

Obs* O valor da Contribuição Normal e Suplementar deverá ser definido no dia do ingresso do Participante no PLANO DACARPREV, podendo ser alterado a cada dia 1º(primeiro) do mês de junho. Por opção do Participante o valor da contribuição Normal obrigatória poderá ser reduzido para 50% (cinquenta por cento) mediante solicitação formal e anuência da Patrocinadora.

IMPORTANTE

De acordo com o Art.64º do Regulamento do Plano: Será assegurado aos Participantes e a Patrocinadora reduzir ou suspender, a qualquer momento, as contribuições de caráter facultativo, ao PLANO DACARPREV, por um período de até 06 (seis) meses.
A redução ou suspensão somente poderá ser solicitada, após o pagamento de pelo menos 06 (seis) meses de Contribuições Normais ininterruptas, imediatamente anterior à data do requerimento.

Suspensão/ Retomada de Contribuição

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Desejo suspender a minha Contribuição Normal Mensal de acordo com o Art.11º item III* do Regulamento do Plano. |
| <input type="checkbox"/> Desejo suspender a minha Contribuição Suplementar Mensal de acordo com o Art.64º do Regulamento do Plano. |
| <input type="checkbox"/> Desejo cancelar a minha inscrição ao Plano de Benefícios DACARPREV junto ao Icatu FMP, de acordo com o Art.7º do Regulamento do Plano. |
| <input type="checkbox"/> Desejo retornar com a minha Contribuição Normal Mensal. |
| <input type="checkbox"/> Desejo retornar com a minha Contribuição Suplementar. |

Obs* Art 11.item III – Participante Suspenso: assim considerado o empregado da Patrocinadora que dela tenha se afastado por doença, maternidade ou acidente de trabalho, sem cessação do vínculo empregatício e sem dela auferir vencimentos, desde que não tenha requerido o Auto patrocínio, nas condições previstas no Regulamento.

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 ³ | E-mail |
| Tel () | Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ⁴ <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: _____ |

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

4- 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/>.