

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, Assistedos, Pensionistas e BPD's, o formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdependao@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 formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

Plano PLANO DE BENEFÍCIOS ELEKEIROZ	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

Dados do Participante

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

Assinale apenas os dados que desejar alterar.

Alteração dos Beneficiários Indicados¹

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

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

1- Pessoa Física indicada pelo Participante para receber o Benefício por Morte assegurado no Regulamento do Plano.
 2- Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Manutenção do Plano".
 3- 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 do Percentual de Contribuição

Assinale apenas os dados que desejar alterar.

Desejo efetuar Contribuição Básica Mensal⁴ correspondente ao percentual assinalado abaixo:

Contribuição Mínima: 1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 8% 9% 10%

Desejo efetuar Contribuição Especial Mensal⁵ correspondente a _____ % sobre o Salário de Participação.

Desejo efetuar Contribuição Adicional⁶ correspondente a _____ % sobre a Participação Variável⁷.

4- O percentual escolhido para Contribuição Básica Mensal poderá ser alterado a qualquer momento, passando a vigorar no mês subsequente, porém limitado a duas alterações por período anual de Contribuição.
 5- Contribuição de caráter facultativo que pode ser realizada mensalmente pelo Participante, mediante percentual inteiro de no mínimo 1% incidente sobre seu Salário de Participação, sem contrapartida da Patrocinadora. O percentual escolhido poderá ser alterado a qualquer momento, passando a vigorar no mês subsequente, porém limitado a duas alterações por período anual de contribuição.
 6- Contribuição de caráter facultativo que pode ser realizada pelo Participante, mediante aplicação de percentual inteiro de no mínimo 1% sobre a Participação Variável, com contrapartida da Patrocinadora entre 50% e 100% da Contribuição Adicional efetuada pelo participante, limitada ao valor de 02 Salários de Participação.
 7- Valor pago pela Patrocinadora ao participante a título de gratificação ou participação nos resultados.

IMPORTANTE

- A Patrocinadora efetuará os descontos em folha de pagamento da Contribuição Básica Mensal, da Contribuição Especial e, quando for o caso, das outras contribuições que competem ao participante Ativo, no custeio do Plano de Benefícios.

Suspensão de Contribuição

- Desejo suspender a Contribuição Básica Mensal pelo período de _____ meses (6 ou 12).⁸
- Desejo prorrogar a suspensão da Contribuição Básica Mensal pelo período de _____ meses (6 ou 12).⁹
- Desejo suspender a Contribuição Especial Mensal.

8- Após o término da suspensão, o participante deverá realizar contribuições ao Plano, por pelo menos, 12 (doze) meses para poder ter o direito de realizar novo pedido de suspensão de contribuições. Ao efetuar a suspensão, a Patrocinadora interromperá com as suas contribuições ao Plano.

9- A prorrogação deverá ser solicitada antes do término do prazo de suspensão e deverá considerar o prazo máximo de suspensão de 1 (um) ano para participantes ativos (funcionários) e de 2 (dois) anos para participantes autopatrocinados.

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 ¹⁰	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ¹¹ <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: _____

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

11- 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/ppe/>.