

Endereço/Forma de Envio

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

Plano PLANO FIEPEPREV	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", informar o país		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informar 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.

Solicitação

Solicito minha adesão ao Plano FIEPEprev acima identificado instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado declarando que, na qualidade de Participante Ativo (Funcionário):

Desejo efetuar Contribuição Ordinária Mensal ² referente a faixa (coluna Tabela) _____ (1 a 6), sobre o Salário Real de Contribuição³, inclusive 13º Salário.

% a serem aplicados sobre as partes do Salário Real de Contribuição				
Tabela	Até ½ UP	Entre ½ UP e 1 UP	Entre 1 UP e 3 UP	Excedente a 3UP
1	3,00%	5,00%	12,00%	15,00%
2	2,70%	4,50%	10,80%	13,50%
3	2,40%	4,00%	9,60%	12,00%
4	2,10%	3,50%	8,40%	10,50%
5	1,80%	3,00%	7,20%	9,00%
6	1,50%	2,50%	6,00%	7,50%

Desejo efetuar Contribuição Adicional Mensal ⁴ correspondente a _____% (percentual inteiro a partir de 1%) sobre o Salário Real de Contribuição.

Desejo efetuar Contribuição Esporádica ⁵ no valor de R\$ _____ (a partir de 30% sobre o Salário Real de Contribuição).

Não desejo aderir ao plano.

2- A Contribuição Ordinária do Participante, de caráter obrigatório e mensal, será calculada mediante aplicação dos percentuais da faixa escolhida pelo Participante na data de sua inscrição no Plano FIEPEprev constantes da tabela acima. Nos meses de maio e novembro, o Participante poderá alterar o percentual de contribuição, com a vigência a partir de julho e janeiro subsequentes.

3- Salário Real de Contribuição: É a base de cálculo para as contribuições mensais do Participante Ativo, nos termos do Regulamento do Plano.

4- Contribuição Adicional: Contribuição realizada pelo participante, de caráter opcional e mensal. No mês de novembro o participante poderá alterar o percentual, com vigência a partir de janeiro do ano seguinte.

5- Contribuição Esporádica: Contribuição realizada pelo Participante, de caráter eventual e opcional.

Obs.: UP (Unidade do Plano FIEPEprev); É o valor utilizado como base para os cálculos do Plano FIEPEprev

Dados dos Beneficiários Legais ⁶

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

6- 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 estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo MEC. Para mais informações, consultar o Regulamento do seu Plano.
 Obs.: Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário ou enviar um 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.

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

- Estou ciente de que a opção pelo regime de tributação regressivo possui caráter irrevogável e irretratável, não havendo possibilidade de alteração.
- 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.
- 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.
- Estou ciente de que deverei comunicar imediatamente ao ICATU FMP caso em algum momento venha a me tornar Pessoa Politicamente Exposta.
- 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.
- 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