

## Endereço/Forma de Envio

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

Plano <b>PLANO DE BENEFÍCIOS LUFTHANSA</b>	Patrocinadora (Empresa)
---	-------------------------

## Dados do Participante Preenchimento obrigatório.

Nome Completo					CPF (somente números)	
Doc. de Identificação <sup>1</sup>	Natureza do doc. de identificação <sup>1</sup>	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", informe o país		Residente no Brasil ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso a resposta tenha sido "Não", informe 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 de Benefícios acima identificado instituído pela Patrocinadora junto ao Icatu Fundo Multipatrocinado. Na condição de Participante Ativo será efetuada a Contribuição Básica Mensal correspondente a um dos percentuais abaixo:

Salário Aplicável (SA) <sup>2</sup>	Contribuição do Participante
Até 15 UPL's	1 % do SA
acima de 15 até 20 UPL's	2 % do SA
acima de 20 até 25 UPL's	3 % do SA
acima de 25 até 30 UPL's	4 % do SA
acima de 30 até 40 UPL's	5 % do SA
acima de 40 até 70 UPL's	6 % do SA
acima de 70 até 100 UPL's	7 % do SA
acima de 100 UPL's	7 % de 100 UPL's

Desejo efetuar Contribuição Voluntária Mensal <sup>4</sup> correspondente a R\$ \_\_\_\_\_.

Não desejo aderir ao plano.

2- Salário Básico pago pela Patrocinadora ao Participante, excluindo o 13º (décimo terceiro) salário, horas extras e outros adicionais.

3- A contribuição voluntária será opcional em termos de frequência e valor. Para esta contribuição não haverá contrapartida da Patrocinadora.

Obs.: UPL significa Unidade Previdenciária Lufthansa. O valor da UPL será reajustado de acordo com a variação e nas mesmas datas do índice de reajuste.

## Dados dos Beneficiários Indicados <sup>5</sup>

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

4- São Beneficiários Indicados do participante toda e qualquer pessoa física por este inscrita nesta condição no Plano, que na ausência dos Beneficiários mencionados nos itens 3.2 do regulamento, poderá receber valores em conformidade com as regras 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 irrevogável, 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