

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 fundosdependensao@icatuseguros.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 SABIC-PREV	Patrocinadora (Empresa)
--	-------------------------

Dados do Participante

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

Alteração dos Beneficiários Indicados 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	% RATEIO ³
1						
2						
3						
4						
5						

1- Beneficiários Indicados: 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 3.9 e 3.10 do regulamento, poderá receber benefício em conformidade com as regras do Plano.
 2- Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário 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 deseja alterar.

Desejo efetuar Contribuição Voluntária ⁴ Mensal correspondente a R\$ _____.

4- Será elegível a Contribuição Voluntária todos os participantes do plano, independente do salário de contribuição. Nessa contribuição, não há contrapartida da Patrocinadora, sendo o valor livremente escolhido pelo participante. O valor da contribuição voluntária poderá ser alterado anualmente pelo participante, somente no mês de janeiro.

IMPORTANTE

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

Contribuição Básica Mensal

- Desejo efetuar Contribuição Básica Mensal. ⁵
- Desejo permanecer efetuando a Contribuição Básica Mensal, após atingir os requisitos de elegibilidade do Benefício de Aposentadoria Normal e Antecipada, até que ocorra o término do meu vínculo empregatício. ⁶

5- A Contribuição Básica Mensal corresponderá a um dos percentuais abaixo:

- Participantes com salário aplicável igual ou inferior a 15 UP's: 1% do Salário Aplicável.
- Participantes com salário aplicável superior a 15 UP's: 7% aplicado sobre a parcela do Salário Aplicável que exceder a 15 UP's.

6- Essa opção deverá ser formalizada pelo participante no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de preenchimento dos requisitos de elegibilidade. Caso essa opção não seja formalizada pelo participante no prazo estipulado, será presumida a opção por não continuar a contribuição para o plano.

Suspensão de Contribuição/ Retomada de Contribuição

- Desejo suspender a Contribuição Voluntária Mensal.
- Desejo suspender a Contribuição Básica Mensal. ⁷
- Desejo retornar com a minha contribuição Básica Mensal.

7- A suspensão da contribuição básica poderá ser realizada por um período mínimo de 06 (seis) meses e máximo de 24 (vinte e quatro) meses a contar do mês subsequente ao da solicitação. A retomada das contribuições ao plano será permitida somente nos meses de maio de novembro, com vigência a partir do mês seguinte.

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 ⁸	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: _____

8- 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/>.