

**Endereço/Forma de Envio**

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

Plano	Patrocinadora (Empresa)
<b>PLANO FCC DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA</b>	

**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 declarando que, na qualidade de Participante Ativo (Funcionário):

Desejo efetuar Contribuição Normal Mensal correspondente a \_\_\_\_\_% (Mínimo: de 1 a 8 % do menor entre SP<sup>2</sup> e 10 SU<sup>3</sup> / Máximo: de 3 a 10 % do maior entre (SP – 10 SU) e 0)

Desejo efetuar Contribuição Normal Eventual<sup>4</sup> correspondente a \_\_\_\_\_% sobre o Salário de Participação.

Não desejo aderir ao plano.

2- SP ou Salário de Participação - Salário do participante ativo, e/ou qualquer outra remuneração recebida, sobre a qual incidirá contribuição para o plano, consideradas as mesmas verbas sobre as quais incida a contribuição para a Previdência Social.

3- SU ou Salário Unitário - Unidade de referência utilizada no cálculo da contribuição do benefício de auxílio-doença e do pagamento do benefício mínimo.

4- Para essa contribuição não haverá contrapartida da patrocinadora.

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

NOME COMPLETO	CPF (somente números)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO F/M	GRAU DE AFINIDADE	% RATEIO <sup>6</sup>

5- Beneficiários Indicados: Pessoa livremente indicada pelo participante para recebimento do benefício.

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

Obs.: Na ausência de designação de Beneficiário Indicado, o benefício será pago de acordo com a legislação em vigor.

**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**

A Opção pelo regime de tributação poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate.

**DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE**

- 1- 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.
- 2- 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.
- 3- Estou ciente de que deverei comunicar imediatamente ao IcatuFMP caso em algum momento venha a me tornar Pessoa Politicamente Exposta.
- 4- 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.
- 5- 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 IcatuFMP poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, 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, basta acessar a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.
- 6- 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