

PGBL Instituído VGBL Averbado

Para uso da seguradora

Nº da matrícula	CNPJ empresa instituidora/averbadora Conforme tabela abaixo	Propostas PGBL:	VGBL:
Denominação social da empresa instituidora/averbadora Conforme tabela abaixo		Contratos PGBL: Conforme tabela	VGBL: Conforme tabela
Corretor AON HOLDINGS COR DE SEGS LTDA		Registro do Corretor 202039375	

Opção	EMPRESA	CNPJ	CONTRATO PGBL	CONTRATO VGBL
<input type="checkbox"/>	IHS INFORMAÇÕES E INSIGHT LTDA	08.896.745/0001-92	905/50/563	905/50/567
<input type="checkbox"/>	IHS MARKIT AGRIBUSINESS BRAZIL LTDA.	07.341.418/0001-01	911/09/169	911/09/170
<input type="checkbox"/>	S&P GLOBAL INFORMAÇÕES DO BRASIL LTDA	08.435.509/0001-79	917/11/145	917/11/146
<input type="checkbox"/>	S&P RATINGS LTDA	02.295.585/0001-40	917/11/148	917/11/149

Favor preencher com letra de forma

DADOS DO PROPONENTE

Nome completo			Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Data nascimento	Estado Civil	CPF	<input checked="" type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	
País de Nascimento	Nacionalidade	Possui outra(s) nacionalidade(s)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)?		
Nº do doc. de identificação	Natureza do doc. de identificação ¹	Órgão expedidor ²	Data expedição	
Endereço residencial no Brasil (Av. / Rua)		Número	Complemento	CEP
Bairro	Cidade	UF	País Brasil	
Endereço para correspondência no Brasil (Av. / Rua) <input type="checkbox"/> O mesmo		Número	Complemento	CEP
Bairro	Cidade	UF	País Brasil	
DDD/telefone residencial ()	DDD/telefone celular ()	E-mail		
Profissão / Atividade		Cargo		
Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Envio de Informações do Plano <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correio	Data de admissão		
Origem dos Recursos ⁴	Possui renda mensal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Renda mensal/Patrimônio estimado ⁵ R\$	Você é US Person? ⁶ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

RESIDÊNCIA FISCAL⁸ (FAVOR PREENCHER CASO POSSUA RESIDÊNCIA FISCAL FORA DO BRASIL)

País 1	NIF ⁹ (N.º de Identificação Fiscal)?	Caso não possua NIF, justificar o motivo: <input type="checkbox"/> País não emite <input type="checkbox"/> Não consigo obter
--------	---	---

DADOS SOBRE O PLANO DE APOSENTADORIA

Carência p/ resgates e portabilidades externas Inicial: 60 dias - Intervalo: 60 dias	Carência p/ portabilidades internas Não há	Tipo de Renda Mensal Vitalícia¹¹
Idade para concessão do benefício ¹⁰ anos	Carregamento de entrada 0%	Carregamento de saída 0%

DADOS DO BENEFICIÁRIO DA PROPOSTA¹² (O SOMATÓRIO DOS PERCENTUAIS DEVERÁ SER 100%)

Nome completo	Data de nascimento	Afinidade	Participação
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%

OPÇÕES FUNDOS / PLANOS (ATUALIZAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES E DA RENDA: ANUALMENTE PELO IPCA)

OPÇÃO	PLANOS / FUNDOS*	SUSEP PGBL	SUSEP VGBL	CNPJ FUNDO	TAXA ADM. MÁX. (A.A.)
1	Icatu Classic RF	15414.900452/2014-11	15414.900601/2014-33	05.200.914/0001-10	1,00% a.a.
2	Icatu Classic Conservador	15414.900513/2014-31	15414.900506/2014-30	05.024.581/0001-15	1,00% a.a.
3	Icatu Inflação Curta	15414.900453/2014-57	15414.900507/2014-84	12.823.627/0001-21	1,00% a.a.
4	Icatu Duration	15414.900457/2014-35	15414.900689/2014-93	04.511.286/0001-20	1,50% a.a.
5	Icatu Inflação Longa	15414.900458/2014-80	15414.900690/2014-18	04.228.716/0001-00	1,50% a.a.
6	Icatu Multiestratégia Arrojado	15414.900514/2014-86	15414.900593/2014-25	03.537.456/0001-83	1,50% a.a.
7	Icatu Composto 49E	15414.900456/2014-91	15414.900510/2014-06	04.782.224/0001-53	1,75% a.a.
8	Icatu Composto 20E	15414.900455/2014-46	15414.900509/2014-73	03.537.485/0001-45	1,75% a.a.
9	Icatu Composto 10E	15414.900454/2014-00	15414.900508/2014-29	03.537.505/0001-88	1,75% a.a.
10	Icatu Brasil Total	15414.900512/2014-97	15414.900592/2014-81	12.053.727/0001-16	2,50% a.a.
11	Icatu MAP 2020	15414.900459/2014-24	15414.900694/2014-04	07.190.624/0001-68	1,75% a.a.
12	Icatu MAP 2030	15414.900460/2014-59	15414.900695/2014-41	07.190.746/0001-54	1,75% a.a.
13	Icatu MAP 2040	15414.900461/2014-01	15414.900696/2014-95	07.190.735/0001-74	1,75% a.a.

* Taxa de Performance: N/A

PGBL	Opção de Fundo	Tabela Regressiva ^{13?}	Valor (% ou R\$)	Forma de Pagamento			Periodicidade	Vencimento
				Desconto em folha	Débito em conta	Boleto	Mensal (M) Esporádica (E)	Assinalar com X
Contas								
Básica Empresa	01	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E	n/a
Básica Participante		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E	n/a
Livre Participante		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E	1-5-15-20
Livre Empresa	01	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E	n/a
Contas Transferência								
Livre Entidade Fechada PC Participante		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> E	n/a
Transf. Entidade Aberta PC Participante		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> E	n/a
Transf. Entidade Fechada PC Participante		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> E	n/a
Transferência Ent. Aberta PC Empresa	01	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> E	n/a

VGBL	Opção de Fundo	Tabela Regressiva ^{13?}	Valor (% ou R\$)	Forma de Pagamento			Periodicidade	Vencimento
				Desconto em folha	Débito em conta	Boleto	Mensal (M) Esporádica (E)	Assinalar com X
Contas Segurado								
Básica Segurado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E	n/a
Livre Segurado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E	1-5-15-20
Transferência Ent. Aberta PC Segurado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> E	n/a

DADOS PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE ¹⁴ (PREENCHER SOMENTE CASO TENHA OPTADO POR ESTA FORMA DE PAGAMENTO)

<input type="checkbox"/> Banco do Brasil – 001	<input type="checkbox"/> Bradesco – 237	<input type="checkbox"/> Itaú - 341	<input type="checkbox"/> Santander - 033
--	---	-------------------------------------	--

Nº da Agência	Nº da Conta Corrente

Autorizo a instituição financeira designada nesta proposta a debitar em minha conta corrente, informada acima, na data e periodicidade por mim indicadas, o valor correspondente ao montante total das contribuições/prêmios identificadas nesta proposta.

Nome do titular da conta corrente/Responsável Financeiro*	CPF	Assinatura

*É necessário o preenchimento caso o proponente não seja o correntista. Não será aceita conta de pessoa jurídica ou poupança.

DADOS BANCÁRIOS PARA FUTUROS RESGATES *

Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente

* Não é possível informar dados bancários de terceiros. Não será aceita conta de pessoa jurídica ou poupança.

1. No caso de proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação. No caso de proponente menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento deve ser utilizada como tal. | 2. País expedidor, no caso de passaporte. | 3. Consideram-se Pessoas Politicamente Expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. | 4. Caso o valor total da proposta seja igual ou superior a R\$ 10.000,00 e o proponente se enquadre na condição de Pessoa Politicamente Exposta, a origem dos recursos deve ser identificada. | 5. Caso o proponente não possua renda mensal, o patrimônio deve ser informado em espécie (Real) e diferente de zero. | 6. Conceito de US Person: possuir cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos EUA, ou ser residente com permanência legal nos EUA (visto de permanência - "green card"), ou possuir como local de nascimento os EUA, exceto os que renunciaram à cidadania, ou ter presença física substancial no país para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente ou 183 dias no triênio de acordo com fórmula específica (dias de residência durante o ano corrente + 1/3 de dias de residência no ano anterior + 1/6 de dias no ano anterior a este). | 7. Em caso afirmativo, favor preencher o formulário 'Declaração de Cidadão Americano/Residente Fiscal nos "EUA" (Estados Unidos da América)'. | 8. Significa o país em que, de acordo com suas leis específicas (incluindo as convenções fiscais), o contribuinte paga ou deve estar pagando impostos por motivo de seu domicílio, residência, local de gerenciamento ou incorporação ou qualquer outro critério de natureza similar, e não apenas de fontes desse país. Para obter informações adicionais sobre residência fiscal, entre em contato com seu consultor fiscal. | 9. Número de Identificação Fiscal do Contribuinte ou um equivalente funcional na sua ausência. É uma combinação exclusiva de letras ou números atribuídos por um país a uma pessoa física ou Jurídica e é usado para identificá-lo para fins de administração das leis fiscais desse país. Alguns países não emitem NIF, no entanto, geralmente utilizam algum outro número de alta integridade com um nível equivalente de identificação. | 10. Conforme elegibilidade descrita no contrato. | 11. O benefício poderá ser concedido sob a forma de pagamento único ou por um dos tipos de renda mensal disponíveis no regulamento do plano, que pode ser alterado a qualquer tempo durante a fase de diferimento. | 12. Na ausência de designação de beneficiários, o benefício será pago de acordo com a legislação aplicável. Para indicar beneficiários adicionais, anexar a esta proposta de adesão carta devidamente assinada com os dados acima. O proponente poderá a qualquer momento, mediante solicitação à Icatu Seguros, alterar os beneficiários indicados. | 13. O prazo para opção do regime de tributação do imposto de renda pela tabela decrescente é até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no plano. Caso o proponente não opte pelo regime decrescente até este prazo, será automaticamente mantido na tabela progressiva. | 14. A contratação e as movimentações do plano são restritas ao proponente e/ou ao(s) responsável(is) legal(is), se houver. O Responsável Financeiro não pode realizar qualquer movimentação do Plano.

A Icatu Seguros S.A. tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada acima pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados todos os documentos ou dados solicitados. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta por parte da Icatu Seguros no prazo antes referido, a aceitação da proposta dar-se-á automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, a Icatu Seguros devolverá o valor das contribuições já quitadas, atualizadas até a data da efetiva restituição, conforme regulação em vigor.

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA

Minha assinatura nesta proposta comprova minha autorização para a instituidora/averbadora proceder com os descontos em folha de pagamento das contribuições relativas à minha adesão aos planos especificados nesta proposta, valor este que deverá ser repassado pela instituidora/averbadora à Icatu Seguros S.A.

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DO PROPONENTE / PROPONENTE QUALIFICADO

Uma vez aprovada esta proposta pela Icatu Seguros S.A., declaro estar ciente e de acordo que:

As informações aqui prestadas são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas nas informações prestadas nesta proposta a tornarão nula, de acordo com os termos do art. 766 do código civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Na hipótese de alteração de qualquer das informações constantes desta proposta, comprometo-me a comunicar a Seguradora em até 30 dias.

Tive prévio e expresso conhecimento e concordo com os termos do(s) Regulamento(s) do(s) Plano(s) escolhido(s) e da(s) política(s) adotada(s) para aplicação dos recursos por meio de FIE's ou FIQFIE'S (Fundo de Investimento Especialmente Constituído ou Fundo de Investimento em Quotas de Fundos de Investimento Especialmente Constituído) que está(ão) de acordo com o meu perfil de investimento, assim como o tipo de plano e o regime de tributação indicados são adequados aos meus interesses e o valor de contribuição está compatível com a minha situação financeira.

Os Fundos FIE's ou FIQFIE'S que possuem aplicações em títulos de crédito privado e/ou multimercado e estão sujeitos a risco de perda substancial de seu patrimônio líquido em caso de eventos que acarretem o não pagamento de fluxos financeiros dos ativos integrantes de sua carteira, inclusive por força de intervenção, liquidação, regime de administração temporária, falência, recuperação judicial ou extrajudicial dos emissores responsáveis pelos ativos do Fundo. Para informações sobre as POLÍTICAS DE INVESTIMENTO E A COMPOSIÇÃO DA CARTEIRA do fundo escolhido, bem como sobre a existência de taxa de performance, consulte o regulamento do fundo disponível em <http://sistemas.cvm.gov.br/?fundosreg>.

Em caso de contratação de Plano com o termo QUALIFICADO em sua denominação, de acordo com o Regulamento do Plano e desta Proposta, declaro sob as penas da lei que possuo investimentos financeiros em valor superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) e/ou fui aprovado em exame(s) de qualificação técnica voltado(s) a área(s) relacionada(s) ao conhecimento de investimentos no mercado financeiro e/ou possuo certificação(ões) aprovada(s) pela Comissão de Valores Mobiliários - CVM que me permite(m) atuar como agente autônomo de investimento, como administrador de carteira, como analista e/ou como consultor de valores mobiliários. Na condição de proponente qualificado declaro possuir conhecimento sobre o mercado financeiro suficiente para que não me sejam aplicáveis um conjunto de proteções legais e regulamentares conferidas aos investidores que não sejam qualificados. Como proponente qualificado, atesto ser capaz de entender e ponderar os riscos financeiros relacionados à aplicação de meus recursos em valores mobiliários que só podem ser adquiridos por investidores qualificados.

Ser cientificado pelo intermediário da remuneração recebida por este é um direito do cliente e um dever do intermediário.

Declaro, ainda, para todas as finalidades legais e sob pena de falso testemunho, que sou beneficiário final efetivo de todos os valores e investimentos movimentados ou detidos por intermédio deste contrato.

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) a Icatu Seguros poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar com a Instituidora/Averbadora, com a Corretora e com outras entidades privadas ou órgãos públicos os dados pessoais aqui informados e os dados gerados a partir das minhas contribuições relativas aos planos especificados nesta proposta para fins de consulta de status de certificados e cobranças para controle de prévias e geração de faturas em contratos que possuam a forma de pagamento Desconto em Folha; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível na Área do Cliente.

Por fim, autorizo a Icatu Seguros a fornecer este formulário, seus anexos, as informações deles constantes, bem como os dados financeiros relativos ao(s) plano(s) contratado(s) e aos investimentos, às autoridades monetárias e fiscais brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, das convenções internacionais firmadas pelo Brasil, ou nos termos da legislação aplicável na(s) jurisdição(ões) nas qual(is) tenha nascido, ou da(s) qual(is) sou cidadão, nacional ou residente.

Local e data

Assinatura do proponente

Assinatura do procurador / Responsável legal **

** Participantes menores de idade, entre 0 e 16 anos, deverão ser representados pelos pais, tutores ou curadores. Caso o participante seja maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura poderá ser em conjunto do menor com seu representante legal. O Responsável Financeiro não pode realizar qualquer movimentação do Plano. **O Procurador ou Responsável Legal deve fornecer os dados indicados abaixo:**

DADOS DO PROCURADOR / RESPONSÁVEL LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome completo		CPF
Profissão		Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ⁵
		E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro

Icatu Seguros S.A. / Avenida Oscar Niemeyer, 2000, Bloco 1, Salas 1701, 1801, 1901, 2001 e 2101 - Santo Cristo, Rio de Janeiro, RJ / CNPJ 42.283.770/0001-39.

Central de Relacionamento: 4002-0040 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 285 3000 (demais localidades).

SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Icatu Seguros: 0800 286 0047, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (necessário protocolo de atendimento).

3 vias - 1ª Icatu Seguros / 2ª Empresa / 3ª Participante (versão Dezembro/2021)