

## ALTERAÇÃO DO PORCENTUAL DE RENDA

Nome \_\_\_\_\_

Empresa (patrocinadora onde trabalhava) \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Na qualidade de participante em gozo de benefício pelo plano de benefícios Votorantim Prev, administrado pela Funsejem, e em conformidade com o disposto nos subitens 8.9.10 e 8.9.11 do regulamento do referido plano, solicito pela presente a alteração do percentual ou do valor do meu benefício mensal, de acordo com a forma de renda escolhida, observados os limites abaixo referidos, para vigorar a partir do próprio mês ou do mês subsequente ao da solicitação, conforme a data da solicitação (assinalar apenas uma das opções abaixo, de acordo com a sua forma de recebimento do benefício):**

- Renda mensal correspondente à aplicação de um percentual sobre o saldo de conta total remanescente, entre 0% e 1,53%. O percentual escolhido deve ter no máximo 2 (duas) casas decimais e não pode gerar um benefício inferior a 1 (uma) Unidade de Referência Funsejem. Percentual: \_\_\_\_\_%.
- Renda mensal correspondente à definição de um valor em reais, que não pode ser superior a 1,53% do saldo de conta total remanescente, nem gerar um benefício inferior a 1 (uma) Unidade de Referência Funsejem. Valor: R\$ \_\_\_\_\_.

*Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em [www.funsejem.org.br](http://www.funsejem.org.br).*

**Autorizo que seja procedida a alteração do meu benefício mensal, de acordo com a opção acima efetuada, e declaro estar ciente de que:**

A qualquer momento poderei solicitar novamente por escrito ou por meio eletrônico, à Funsejem, a alteração do percentual ou do valor mensal do benefício.

Caso a Funsejem verifique que o valor mensal do Benefício está inferior aos limites acima citados, no mês de dezembro, ajustará o percentual ou o valor em real, para enquadrar aos respectivos limites, para vigorar a partir de janeiro do ano subsequente.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO