



SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome _____

Participante ativo afastado (doença/sem remuneração total) autopatrocinado

Empresa (patrocinadora) _____ CPF _____

Local de trabalho (unidade) _____ Nº de matrícula na empresa _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Com fundamento no disposto no subitem 5.10.4 do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente correspondência solicitar a suspensão da minha contribuição adicional.

A suspensão vigorará a partir do mês subsequente ao desta solicitação.

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.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal