

OPÇÃO POR CONTRIBUIÇÃO EM CASO DE PERDA DE REMUNERAÇÃO

Exclusivo a participante com perda parcial ou total da remuneração que deseja manter as contribuições

Nome _____ CPF _____ RG _____
Empresa (patrocinadora) _____ Local de trabalho (unidade) _____ Nº de matrícula na empresa _____
Admissão ___/___/___ Adesão plano ___/___/___ Início da licença ___/___/___ Data de nascimento ___/___/___
Mês da última contribuição _____ Estado civil _____ Sexo F M
Endereço _____ Bairro _____ Cidade _____
UF _____ CEP _____ Tel. _____ Email _____

Defina a contribuição básica (o não preenchimento deste campo implica na manutenção do último percentual vigente):

3% 4% 5%

Declaro concordar e estar ciente de que:

A qualquer tempo poderei solicitar novamente por escrito à Funsejem a alteração do percentual para realização mensal de minha contribuição básica, no próprio mês, ou em mês subsequente à solicitação.

Poderei manter o valor do meu salário aplicável para assegurar a percepção dos benefícios nos níveis correspondentes à remuneração anterior.

Além de minhas contribuições, deverei efetuar as contribuições de responsabilidade da patrocinadora na forma do disposto no regulamento do plano de benefícios VCNE.

Escolha como será feito o pagamento das contribuições:

boleto bancário débito automático: ITAÚ SANTANDER | agência: _____ ; conta corrente _____

Obs: Em caso de opção pelo envio de boleto, ele será encaminhado ao endereço acima informado

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.

Prazo para devolução do formulário e documentos: declaro estar ciente de que tenho até 90 dias a contar da ocorrência de minha licença para entregar este formulário à Funsejem. A ausência de minha manifestação ou minha expressa decisão de não continuar a contribuir para o plano durante o período da perda total ou parcial de remuneração não modifica minha qualidade de participante do plano, embora reflita diretamente no valor dos benefícios e institutos previstos no plano de benefícios VCNE.

Venho optar, em conformidade ao disposto no item 3.10 do regulamento do plano de benefícios VCNE, por continuar a contribuir para o plano durante o período de perda parcial ou total de remuneração, assumindo as contribuições de patrocinadora.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal