

ALTERAÇÃO DA OPÇÃO DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Nota: aplicável somente após decorridos 60 (sessenta) meses de recebimento do valor do benefício de prestação continuada.

Nome _____

CPF _____ RG _____

Empresa (patrocinadora onde trabalhava) _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Na qualidade de participante do plano de benefícios Votorantim Prev, administrado pela Funsejem, e em conformidade com o disposto no subitem 8.9.14 do regulamento do referido plano, solicito alterar a forma de recebimento do meu benefício para:

- Renda mensal correspondente à aplicação de um percentual, limitado a 100%, sobre meu saldo de conta total remanescente. Percentual: _____%.
- Renda mensal corresponde a um valor fixo em reais, limitado ao valor correspondente a 100% do saldo de conta total remanescente. Valor: R\$ _____.
- Renda mensal por prazo certo de no máximo 15 (quinze) anos. Período: _____ anos.

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.

Declaro estar ciente de que o recebimento do valor do meu saldo de conta total remanescente em forma de pagamento único extingue toda e qualquer obrigação da Fundação comigo, meus beneficiários, beneficiários indicados e herdeiros legais.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO