

CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome _____
Participante ativo expatriado afastado (doença/sem remuneração total) autopatrocinado
Empresa (patrocinadora) _____
Local de trabalho (unidade) _____ N° de matrícula na empresa _____
Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____
CPF _____ Email _____

Pela presente, como participante do plano de benefícios VCNE, administrado pela Funsejem, declarando estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no regulamento do referido plano, e em observância ao item 5.10 do mencionado regulamento, opto por efetuar a contribuição adicional da forma assinalada a seguir.

Assinalar apenas uma das formas abaixo:

- percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o salário aplicável.
- percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o programa de participação nos resultados e/ou remuneração variável
- percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o 13º salário.
- transferência bancária no montante de R\$ _____ (_____ reais). Obs.: contate a Funsejem para obter os dados bancários.

Declaro estar ciente e concordar que:

- se a contribuição adicional corresponder a um percentual e na folha de salários não houver, por qualquer motivo, o desconto da contribuição adicional, o participante ficará obrigado a recolhê-la à Funsejem diretamente ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o último dia útil do mês de competência.
- se a contribuição adicional corresponder a um valor expresso em moeda corrente nacional, o participante deverá recolhê-la diretamente à Funsejem e encaminhar o comprovante do recolhimento juntamente com este formulário.
- no caso de participante desligado elegível ao benefício de aposentadoria normal pelo plano, a opção pela contribuição é única e deverá ser efetuada no prazo de 30 (trinta) dias do término do vínculo empregatício.
- seja procedido o desconto na folha de salários referente à contribuição adicional no valor correspondente à aplicação do percentual do meu salário aplicável acima definido, se o caso.

A contribuição adicional será realizada por: _____ (_____) mês/meses tempo indeterminado

Para estabelecer os devidos controles exigidos pela norma legal de combate ao crime de lavagem de dinheiro, em caso de contribuição adicional realizada fora da folha de pagamento, solicitamos a declaração da origem dos recursos no campo abaixo:

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

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO