

SAQUE DE SALDO DE CONTA: MOLÉSTIA GRAVE**Exclusivo a participante assistido portador de moléstia grave**

Nome _____

CPF _____ RG _____

Participante benefício de aposentadoria benefício por invalidez benefício proporcional pensão por morte

Empresa (patrocinadora onde trabalhava) _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Pela presente, como participante assistido do plano de benefícios Votorantim Prev, administrado pela Funsejem, declaro ter moléstia grave e, em observância ao disposto no subitem 8.9.15 do referido regulamento, solicito que seja procedido o saque de um porcentage de meu saldo de conta total remanescente, na forma assinalada a seguir.

porcentual de _____% (_____ por cento) sobre o Saldo de Conta Total, desde que o saldo não resulte em renda mensal inferior a 1 (uma) Unidade de Referência Funsejem, exceto no caso de opção por 100%.

Declaro estar ciente de que:

A moléstia grave para fins do regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev significa as doenças descritas na legislação que autorizam a isenção de imposto de renda;

Deverei encaminhar o laudo pericial expedido por serviço médico oficial;

Por ocasião de cada solicitação feita à Funsejem, o porcentual definido será aplicado sobre o saldo de conta total registrado na Funsejem no último dia do mês anterior ao da respectiva solicitação;

Após cada pagamento feito a, renda mensal será recalculada de modo a considerar o valor do saldo de conta total na data do recálculo;

A opção por receber 100% (cem por cento) do Saldo de Conta Total extingue toda e qualquer obrigação da Funsejem perante a mim, meus beneficiários, beneficiários indicados e herdeiros legais.

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