

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

Marque um X sobre o benefício a requerer.

- Aposentadoria normal   
  Aposentadoria antecipada   
  Benefício por invalidez   
  Benefício proporcional   
  Pensão por morte

Obs.: não há elegibilidade a mais de um benefício concomitantemente.

## FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Assinale a opção abaixo apenas se desejar receber um percentual do saldo de conta total em parcela única.

- \_\_\_\_\_% do saldo de conta total à vista (limitado a 25%, exceto nos casos de benefício por invalidez e aposentadorias decorrentes de moléstia grave, nos termos do Regulamento). No caso da Pensão por Morte de Aposentado, será devido o percentual correspondente à diferença para completar os 25%, se for o caso.

Defina o prazo de recebimento abaixo:

- Renda mensal por prazo determinado, entre 5 e 15 anos: \_\_\_\_\_ anos  
 Parcela única (opção válida apenas nos casos de benefício por invalidez, aposentadorias e pensões por portadores de moléstia grave, nos termos do Regulamento)

*Nota: A opção por receber até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo somente será válida se a transformação do saldo total em renda mensal proporcionar um benefício inicial de valor mínimo (R\$) equivalente a 1 (uma) Unidade de Referência Votorantim - URV. Quando verificado que o benefício inicial não atinge o referido limite mínimo, a Funsejem poderá transformar, a seu critério, o saldo vincendo em pagamento único.*

Declaro estar ciente de que: posso alterar a modalidade de investimentos no site [www.funsejem.org.br](http://www.funsejem.org.br).

## DADOS DO PARTICIPANTE

Nome \_\_\_\_\_  
 Admissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Adesão ao plano \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Mês da última contribuição \_\_\_\_\_  
 Desligamento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
 CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 Sexo  F  M Residente ou domiciliado no exterior?  SIM  NÃO  
 Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
 Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 Tel. comercial \_\_\_\_\_ Tel. residencial ou celular \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_

Tipo de pagamento:

- Crédito em conta, nº banco \_\_\_\_\_, agência, \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_  
*Obs.: não informe conta salário, conta de terceiros, nem conta poupança do Itaú (contas poupanças de outros bancos são aceitas)*  
 Ordem de pagamento (a quem não possui conta em banco)

## DADOS DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

**Beneficiários:** cônjuge/companheiro, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos ou inválidos. Filhos e enteados solteiros até a data em que completarem 24 anos, se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente.

Nome	Nascimento	CPF	Telefone
1. _____	____/____/____	_____	_____
2. _____	____/____/____	_____	_____
3. _____	____/____/____	_____	_____

**Dependentes:** para fins de imposto de renda.

Nome	CPF	Telefone	Parentesco	Nascimento	Inválido?	Universitário?
1. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
3. _____	_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

**Beneficiários indicados:** quaisquer pessoas físicas indicadas pelo participante que, na falta de beneficiário, poderão receber valores de acordo com o regulamento do plano benefícios Votorantim Prev.

Nome	Nascimento	CPF	Telefone
1. _____	____/____/____	_____	_____
2. _____	____/____/____	_____	_____
3. _____	____/____/____	_____	_____

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](http://www.funsejem.org.br).

Nos termos do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho requerer o benefício indicado neste requerimento. Comprometo-me a comunicar à Funsejem qualquer alteração de beneficiários, e a revogação da procuração ou curatela, se o caso. Declaro ter ciência de que as pessoas por mim inscritas acima somente terão direito a um benefício pelo plano se comprovada sua situação de beneficiário, dependente ou beneficiário indicado. Nesta oportunidade, seguem anexos os documentos abaixo assinalados:

- Cópia do termo de homologação e rescisão do contrato de trabalho assinado. Na ausência do termo, servem cópias simples da carteira de trabalho: páginas de identificação (foto), do contrato de trabalho, e da rescisão (baixa da empresa).
- Cópia do comprovante bancário
- Cópia da certidão de casamento ou união estável registrada em cartório
- Cópia do comprovante de endereço
- Cópia RG, CPF do participante e cônjuge
- Cópia do RG e CPF dos filhos Declaração médica de filho inválido
- Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver)
- Comprovação de inscrição em curso nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos)
- Atestado de óbito do participante

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante ou representante legal