

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 (até 25%, exceto no caso de benefício por invalidez decorrente de moléstia grave, nos termos do Regulamento)

Obs.: caso não faça a opção por receber o valor de até 25% do saldo de conta total, poderá requerê-lo durante a fase de percepção do benefício, em pagamento único ou parcelado. No caso da Pensão por Morte de Aposentado, será devido o percentual correspondente à diferença para completar os 25%, se for o caso.

Assinale apenas uma das formas de recebimento abaixo:

- Renda mensal por prazo determinado, entre 5 e 20 anos: _____ anos
 Renda mensal por percentual fixo, entre 0% e 1,53%, sobre o saldo de conta total: _____%
 Renda mensal por valor fixo em reais, equivalente a no mínimo 0% e no máximo 1,53% do saldo de conta total: R\$ _____
 Parcela única (opção válida apenas para o benefício por invalidez)

Nota: se o valor mensal inicial apurado para o benefício estiver abaixo dos limites previstos no regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev, a Funsejem efetuará o pagamento do benefício em parcela única. Ou ainda, se posteriormente, no mês de dezembro, for verificado um possível desenquadramento, a Funsejem ajustará o percentual ou o valor fixo em reais para a adequação necessária aos respectivos limites, a vigorar a partir de janeiro do ano subsequente.

Declaro estar ciente de que: posso alterar a modalidade de investimentos no site www.funsejem.org.br.

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome _____
Empresa (patrocinadora) _____
Unidade (local) _____ 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 _____
Telefone fixo _____ Telefone celular _____ Email _____

Declaração sobre PEP - Pessoa Exposta Politicamente

Informo, a seguir, em atendimento às normas legais vigentes, expedidas com o objetivo de coibir os crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, minha condição ou não de pessoa exposta politicamente, que significa o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares, os parentes da linha direta até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

Declaro, neste momento, que:

- NÃO ESTOU ENQUADRADO na definição adotada às pessoas consideradas expostas politicamente.
 ESTOU ENQUADRADO na definição adotada às pessoas consideradas expostas politicamente.

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

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.

Nos termos do regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev, 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 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). | <input type="checkbox"/> Cópia RG, CPF do participante e cônjuge |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante bancário | <input type="checkbox"/> Cópia do RG e CPF dos filhos |
| <input type="checkbox"/> Cópia da certidão de casamento ou união estável registrada em cartório | <input type="checkbox"/> Declaração médica de filho inválido |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço | <input type="checkbox"/> Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver) |
| | <input type="checkbox"/> Comprovação de inscrição em curso nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos) |
| | <input type="checkbox"/> Atestado de óbito do participante |

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal