



## SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome \_\_\_\_\_

Participante  ativo  afastado (doença/sem remuneração total)  autopatrocinado

Empresa (patrocinadora) \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Local de trabalho (unidade) \_\_\_\_\_ Nº de matrícula na empresa \_\_\_\_\_

Tel. comercial \_\_\_\_\_ Tel. residencial ou celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Com fundamento no disposto no subitem 5.10.4 do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente correspondência solicitar a suspensão da minha contribuição adicional.**

**A suspensão vigorará a partir do mês subsequente ao desta solicitação.**

*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).*

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou representante legal