

OPÇÃO POR CONTRIBUIÇÃO PARA AFASTADO

Exclusivo a participante que deseja manter as contribuições ao plano durante o período de afastamento por doença ou acidente

Nome _____ CPF _____ RG _____
Empresa (patrocinadora) _____ Local de trabalho (unidade) _____ Nº de matrícula na empresa _____
Admissão ___/___/___ Adesão plano ___/___/___ Início da licença ___/___/___ Data de nascimento ___/___/___
Mês da última contribuição _____ Estado civil _____ Sexo F M
Endereço _____ Bairro _____ Cidade _____
UF _____ CEP _____ Tel. _____ Email _____

Defina a contribuição básica:

3% 4% 5%

Declaro concordar e estar ciente de que:

A qualquer tempo, limitado a duas vezes ao ano, poderei novamente solicitar à Funsejem, por escrito, a alteração do percentual para realização mensal de minha contribuição básica para vigorar no próprio mês, ou em mês subsequente à solicitação.

As contribuições de patrocinadora somente serão de minha responsabilidade a partir do 7º mês de afastamento do trabalho por motivo de doença ou acidente.

Escolha como será feito o pagamento das contribuições:

boleto bancário débito automático: ITAÚ SANTANDER | agência: _____ ; conta corrente _____

Obs: Em caso de opção pelo envio de boleto, ele será encaminhado ao endereço acima informado

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.

Prazo para devolução do formulário e documentos: declaro que tenho até 90 dias, contados do meu afastamento do trabalho por motivo de doença/acidente, para entregar este formulário à Funsejem. A ausência de minha manifestação ou minha expressa decisão de não continuar a contribuir para o plano durante o período de meu afastamento não modifica minha qualidade de participante do plano, embora reflita diretamente no valor dos benefícios e institutos previstos no VCNE.

Venho optar, em conformidade ao disposto no item 3.9 do regulamento do plano de benefícios VCNE, por continuar a contribuir para o plano durante o meu afastamento por motivo de doença/acidente.

Local e data _____, _____/_____/_____

Assinatura do participante ou representante legal