

APORTE ESPECÍFICO DE VINCULADO**Exclusivo a participante vinculado (benefício proporcional diferido)**

Nome _____

Empresa (patrocinadora onde trabalhava) _____ Local de trabalho (unidade) _____

Nº de matrícula na empresa _____ CPF _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Pela presente, como participante do plano de benefícios Votorantim Prev, administrado pela Funsejem, declaro estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no regulamento do referido plano, e em observância aos itens 5.15.2, 5.15.3, 5.15.4 e 5.15.5 do mencionado regulamento, opto por efetuar um aporte específico, a ser alocado em minha Conta Adicional (prevista no inciso II do subitem 6.1.1 do regulamento), conforme segue:

Assinalar a forma abaixo: valor expresso em moeda corrente nacional no montante de R\$ _____ (reais)**Declaro estar ciente e concordar que:**

Deverei recolher o valor acima definido diretamente à Funsejem e encaminhar o comprovante do recolhimento juntamente com este formulário.

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.

Em conformidade ao disposto no subitem 5.15.5 do plano de benefícios Votorantim Prev, declaro a seguir a origem do valor do meu aporte específico:

Instrução PREVIC nº 18/2014: informamos que de acordo com a Instrução PREVIC nº 18/2014, a Funsejem deverá informar ao Conselho de Controle das Atividades Financeiras - COAF as contribuições efetuadas pelo participante ao plano de benefícios Votorantim Prev cujo valor seja incompatível ao seu cargo ou rendimento.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal