



CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA - EXCLUSIVO AO PARTICIPANTE ASSISTIDO

Nome _____

CPF _____ E-mail _____

Telefone residencial _____ Celular _____

Pela presente, como participante assistido do plano de benefícios VCNE administrado pela Funsejem, declarando estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no regulamento do referido plano, e em observância ao item 5.12 do mencionado regulamento, opto por efetuar a contribuição voluntária a seguir registrada:

Valor expresso em moeda corrente nacional no montante de R\$ _____ (_____ reais)

Declaro estar ciente e concordar que:

- Devo recolher a contribuição voluntária diretamente na conta corrente da Funsejem e encaminhar o comprovante do recolhimento juntamente com este formulário.
- Que o valor da contribuição voluntária será alocado no saldo remanescente até o último dia útil do mês de competência.

Para estabelecer os devidos controles exigidos pela norma legal de combate ao crime de lavagem de dinheiro, em caso de contribuição voluntária, solicitamos a declaração da origem dos recursos no campo abaixo:

Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento das obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados - Lei n° 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em www.funsejem.org.br.

Local e data _____, _____ / _____ / _____

Assinatura do participante ou representante legal