

SAQUE DO SALDO DE CONTA REMANESCENTE**Exclusivo a participante em gozo de benefício de renda mensal. E limitado a 25% do saldo de conta total**

Nome _____

CPF _____ RG _____

Participante benefício de aposentadoria benefício por invalidez benefício proporcional pensão por morte

Empresa (patrocinadora onde trabalhava) _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Pela presente, como participante em gozo de benefício pelo 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 ao subitem 8.9.5 do referido regulamento, solicito que seja procedido o saque de um percentual de meu saldo de conta total remanescente no valor correspondente a:

 percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o Saldo de Conta Total.

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.

Declaro estar ciente de que poderei solicitar o saque em pagamento único ou parceladamente, em percentual inteiro, incidente sobre o saldo de conta total, quantas vezes desejar, até que tais percentuais perfaçam o total de 25% (vinte e cinco por cento).

Também declaro estar ciente de que por ocasião de cada solicitação feita à Fundação, o percentual definido será aplicado sobre o saldo de conta total registrado na Fundação no último dia do mês anterior ao da respectiva solicitação. E sobre cada valor recebido incidirá o desconto do IRPF.

Declaro ainda estar ciente de que após cada pagamento feito nos termos dos subitens 8.9.5, 8.9.6 e 8.9.7, a renda mensal será recalculada de modo a considerar o valor do saldo de conta na data do recálculo.

Local e data _____, _____/_____/_____

Assinatura do participante ou representante legal