

CONQUISTE  
sua independência  
FINANCEIRA

## Proposta de INSCRIÇÃO

Nome \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_  
Unidade (local de trabalho) \_\_\_\_\_ Nº de matrícula na empresa \_\_\_\_\_  
Data de admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  F  M Estado civil \_\_\_\_\_  
Naturalidade \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ Data da expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_  
CEP \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Solicito meu ingresso como participante do Plano de Benefícios Votorantim Prev, administrado pela Fundação Sen. José Ermírio de Moraes, e declaro estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no Plano em seu Regulamento, disponível ao meu conhecimento, tal como o material explicativo. Declaro ainda estar ciente e concordar que:

- ▶ Efetuarei a contribuição básica mensalmente, conforme a opção abaixo;
- ▶ Poderei, se desejar, a qualquer momento, efetuar contribuições adicionais por desconto de um livre percentual em folha de pagamento, ou depósito de um valor em reais, nas condições e prazos estabelecidos pelo Regulamento do Plano.

### OPÇÃO PELA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

De acordo com o disposto no Regulamento do Plano de Benefícios Votorantim Prev, autorizo que seja procedido o desconto mensal na minha folha de salários do percentual abaixo assinalado, a ser calculado sobre o meu salário aplicável:

0,5%  1%  1,5%  2%  2,5%  3%  3,5%  4%  4,5%  5%  5,5%  6%

Na hipótese de não efetuar a opção pelos percentuais acima, a Fundação considerará como Contribuição Básica o percentual de 0,5% sobre o salário aplicável. A qualquer tempo, poderei solicitar por escrito à Fundação a alteração do percentual anteriormente escolhido.

### PEP - PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE

Informo, a seguir, em atendimento às normas legais vigentes, expedidas com o objetivo de coibir os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, minha condição ou não de pessoa exposta politicamente, que significa o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares, os parentes da linha direta até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

Declaro, neste momento, que:

- NÃO ESTOU ENQUADRADO na definição adotada às pessoas consideradas expostas politicamente.
- ESTOU ENQUADRADO na definição adotada às pessoas consideradas expostas politicamente.

### OPÇÃO POR MODALIDADE DE INVESTIMENTO

Para aplicação dos recursos existentes no saldo de conta total registrado em meu nome, opto, a meu exclusivo critério e responsabilidade, pela modalidade de investimentos abaixo assinalada:

CONSERVADORA  MODERADA  AGRESSIVA  SUPERAGRESSIVA

À Fundação caberá alocar meus recursos na modalidade escolhida no prazo de até 60 dias, a contar da data da minha opção.

Na hipótese de eu não exercer uma opção, e até que o prazo de alocação mencionado seja cumprido, meu saldo de conta total estará na modalidade conservadora. A qualquer tempo, poderei solicitar à Fundação a realocação do meu saldo de conta total para outra modalidade, a ser efetuada em até 60 dias contados da data da opção.



## BENEFICIÁRIOS

Para todos os fins de direito, responsabilizo-me pela veracidade das informações inseridas nesta proposta de inscrição, comprometendo-me a respeitar e observar o Regulamento do Plano de Benefícios Votorantim Prev, bem como manter atualizadas as informações prestadas na presente, inclusive em relação aos meus dados e de meus beneficiários.

Na oportunidade, declaro a seguir a relação dos meus beneficiários e beneficiários indicados nos termos do Regulamento do referido Plano.

Definição de beneficiários: cônjuge ou companheiro de participante, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos de idade, ou inválidos. Filhos e enteados solteiros até os 24 anos de idade, se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente.

A perda da condição de dependente ou a conclusão, interrupção ou suspensão de curso de ensino superior referente aos filhos e aos enteados solteiros menores de 24 anos de idade implica, automaticamente, a perda da condição de beneficiário no Plano de Benefícios Votorantim Prev.

É de minha responsabilidade, do beneficiário ou do representante legal comunicar à Fundação eventual perda da condição de beneficiário por qualquer razão.

- 1 - Nome \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_
- 2 - Nome \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_
- 3 - Nome \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_
- 4 - Nome \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

## BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Definição: todas e quaisquer pessoas físicas inscritas pelo participante no Plano de Benefícios Votorantim Prev que, na falta de beneficiários, poderão receber benefício na forma prevista no Regulamento do respectivo Plano.

- 1 - Nome \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_
- 2 - Nome \_\_\_\_\_ Sexo  F  M  
Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

### Regime de tributação

Declaro estar ciente de que poderei escolher um regime tributário que incidirá sobre meus recursos no plano, no momento da obtenção do meu benefício ou do resgate de contribuições, e que os regimes aplicáveis são: Progressivo e Regressivo. Ambos contam com informações e com um simulador no site [www.funsejem.org.br](http://www.funsejem.org.br). Declaro, por fim, saber que a escolha de um regime tributário antes da obtenção de meus recursos é permitida (por meio impresso ou eletrônico fornecido pela Funsejem), mas irrevogável, não podendo ser refeita posteriormente.

*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).*

### Consentimento a participante menor de idade

No caso do tratamento de dados pessoais de adolescentes para fins da legislação brasileira, o responsável legal ou um dos pais deverá consentir, de forma livre e inequívoca, que: a empregadora e a Funsejem colem os dados pessoais do tal titular de dados, requisitados no presente documento, para fins de adesão, gestão, manutenção, resgate e término do plano de previdência privada. A Funsejem e a sua empregadora poderão compartilhar os dados pessoais entre si, com outras empresas do mesmo grupo ou com terceiros para viabilizar as finalidades mencionadas acima e nos termos e limites estabelecidos na Política de Privacidade. Se você tiver quaisquer dúvidas sobre como tratamos os dados pessoais e os direitos disponíveis em relação a esses, envie um e-mail para [funsejem@funsejem.org.br](mailto:funsejem@funsejem.org.br).

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo menor de idade titular  
dos dados deste formulário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

Este formulário deverá ser encaminhado para a Funsejem em até 30 dias para o lançamento de informações.

Email: [atendimento@funsejem.org.br](mailto:atendimento@funsejem.org.br).