

CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome _____

Participante ativo expatriado afastado (doença/sem remuneração total) autopatrocinado

Empresa (patrocinadora) _____

Local de trabalho (unidade) _____ N° de matrícula na empresa _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

CPF _____ Email _____

Pela presente, como participante 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 5.10 do mencionado regulamento, opto por efetuar a contribuição adicional da forma assinalada a seguir.

Assinalar apenas uma das formas abaixo:

- percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o salário aplicável.
- percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o programa de participação nos resultados e/ou remuneração variável
- percentual de _____ % (_____ por cento) sobre o 13º salário.
- valor expresso em moeda corrente nacional no montante de R\$ _____ (_____ reais)

Declaro estar ciente e concordar que:

- se a contribuição adicional corresponder a um percentual e na folha de salários não houver, por qualquer motivo, o desconto da contribuição adicional, o participante ficará obrigado a recolhê-la à Funsejem diretamente ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o último dia útil do mês de competência.
- se a contribuição adicional corresponder a um valor expresso em moeda corrente nacional, o participante deverá recolhê-la diretamente à Funsejem e encaminhar o comprovante do recolhimento juntamente com este formulário.
- no caso de participante desligado elegível ao benefício de aposentadoria normal pelo plano, a opção pela contribuição é única e deverá ser efetuada no prazo de 30 (trinta) dias do término do vínculo empregatício.
- seja procedido o desconto na folha de salários referente à contribuição adicional no valor correspondente à aplicação do percentual do meu salário aplicável acima definido, se o caso.

A contribuição adicional será realizada por: _____ (_____) mês/meses tempo indeterminado

Em conformidade ao disposto no subitem 5.10.3 do plano de benefícios VCNE, declaro a seguir a origem do valor de minha contribuição adicional não efetuada por meio de desconto em minha folha de salário:

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 VCNE cujo o valor seja incompatível com seu cargo ou rendimento.

Local e data _____, _____/_____/_____

Assinatura do participante ou representante legal _____

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO