

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA OU BENEFÍCIO POR INVALIDEZ

Marque um X sobre o benefício a requerer.

- Aposentadoria normal Aposentadoria antecipada Benefício por invalidez Benefício proporcional

Obs.: não há elegibilidade a mais de um benefício concomitantemente.

FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Assinale a opção abaixo apenas se desejar receber um percentual do saldo de conta total em parcela única.

- _____% do saldo de conta total à vista (limitado a 25%, exceto nos casos de benefício por invalidez e aposentadorias decorrentes de moléstia grave, nos termos do Regulamento)

Defina o prazo de recebimento abaixo:

- Renda mensal por prazo determinado, entre 5 e 15 anos: _____ anos
- Parcela única (opção válida apenas nos casos de benefício por invalidez e aposentadorias por portadores de moléstia grave, nos termos do Regulamento)

Nota: A opção por receber até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo somente será válida se a transformação do saldo remanescente em renda mensal proporcionar um benefício inicial de valor mínimo (R\$) equivalente a 1 (uma) Unidade de Referência Votorantim - URV. Quando verificado que o benefício inicial não atinge o referido limite mínimo, a Funsejem poderá transformar, a seu critério, o saldo vincendo em pagamento único.

Escolha uma modalidade de investimento para alocação de seus recursos, conforme opções abaixo:

- conservadora moderada

Declaro estar ciente de que: posso alterar a modalidade de investimentos da alocação de meu saldo de conta total mediante o preenchimento de formulário específico a ser enviado à Funsejem.

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome _____

Admissão ____/____/____ Adesão ao plano ____/____/____ Mês da última contribuição _____

Desligamento ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____ Estado civil _____

CPF _____ RG _____

Sexo F M Residente ou domiciliado no exterior? SIM NÃO

Endereço _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Tipo de pagamento:

- Crédito em conta, nº banco _____, agência, _____, conta corrente _____
- Ordem de pagamento

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Beneficiários: cônjuge/companheiro, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos ou inválidos, na condição de dependentes perante a Previdência Social. Filhos e enteados solteiros até a data em que completarem 24 anos, se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente.

Nome	Data de nascimento	CPF	Telefone
1. _____	____/____/____	_____	_____
2. _____	____/____/____	_____	_____
3. _____	____/____/____	_____	_____

DADOS DOS DEPENDENTES (PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA)

Nome	Telefone	Grau de parentesco	Data de nascimento	Inválido	Universitário
1. _____	_____	_____	____/____/____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. _____	_____	_____	____/____/____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
3. _____	_____	_____	____/____/____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Beneficiários indicados: quaisquer pessoas físicas indicadas pelo participante que, na falta de beneficiário, poderão receber valores de acordo com o regulamento do plano benefícios VCNE.

Nome	Data de nascimento	CPF	Telefone
1. _____	____/____/____	_____	_____
2. _____	____/____/____	_____	_____
3. _____	____/____/____	_____	_____

Nos termos do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente requerer o benefício acima assinalado. Comprometo-me a comunicar à Funsejem qualquer alteração em relação aos beneficiários, bem como a revogação da procuração ou curatela quando for o caso. Declaro ter ciência de que as pessoas por mim inscritas como beneficiários somente terão direito ao recebimento de qualquer benefício pelo plano na hipótese de serem reconhecidas dependentes na Previdência Social ou se filhos ou enteados com idade entre 21 e 24 anos comprovarem que estão cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente, e que a inclusão de beneficiário indicado somente será válida no caso de ausência de beneficiários. Nesta oportunidade, seguem anexos os documentos abaixo assinalados, que integram este requerimento:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cópia da rescisão de contrato | <input type="checkbox"/> Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante bancário | <input type="checkbox"/> Comprovação de inscrição em curso nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos) |
| <input type="checkbox"/> Cópia da certidão de casamento do participante | <input type="checkbox"/> Carta concessão/protocolo requerimento de aposentadoria por invalidez do INSS ou atestado de invalidez do médico da empresa (para benefício invalidez) |
| <input type="checkbox"/> Cópia certidão de nascimento dos filhos | |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço | |
| <input type="checkbox"/> Cópia RG, CPF do participante e cônjuge | |
| <input type="checkbox"/> Declaração médica de filho inválido | |

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

Empréstimo pessoal:

Obs.: