SAQUE DO SALDO REMANESCENTE

Exclusivo a participante em gozo de benefício de renda mensal. E limitado a 25% do saldo remanescente

Nome _____

CPF _____ RG _____

Participante assistido ○ benefício de aposentadoria ○ benefício por invalidez ○ benefício proporcional

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:

○ **porcentual de _____% (_____ por cento) sobre o Saldo de Conta Total Remanescente.**

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 porcentual inteiro, incidente sobre o saldo de conta total remanescente, 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 porcentual definido será aplicado sobre o saldo de conta total remanescente registrado na Fundação no último dia do mês anterior ao da respectiva solicitação.

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 remanescente na data do recálculo.

Local e data _____, _____/_____/_____

_____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

ATENÇÃO: encaminhe o formulário à Funsejem: Av. Jabaquara, 1909, 2º andar, Mirandópolis, São Paulo/SP, CEP 04045-003. Tel.: 11 3386-6500, de segunda a sexta, das 8h às 12h e das 13h30 às 17h30, aceita chamadas a cobrar. Email: funsejem@funsejem.org.br.