

# PROPOSTA DE

# inscrição

Votorantim **REV**  
CNPB nº 20.050.067-11

**FUNSEJEM**  
www.funsejem.org.br

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, pela presente, por ato de livre vontade, meu ingresso como participante da Fundação Sen. José Ermírio de Moraes, na qualidade de participante do Plano de Benefícios Votorantim Prev, e declaro estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no Regulamento do respectivo Plano, o qual recebo um exemplar nesta oportunidade, juntamente com o material explicativo.

Declaro ainda estar ciente e concordar que:

- ▶ Efetuarei a Contribuição Básica mensal ao Plano, conforme a opção abaixo;
- ▶ Poderei efetuar Contribuições Adicionais ao Plano correspondentes ao resultado obtido com a aplicação de um percentual livremente escolhido sobre o meu salário aplicável e/ou um valor expresso em moeda corrente nacional. As Contribuições Adicionais poderão ser efetuadas em qualquer época, mediante comunicação no mês anterior ao que se pretenda realizar integralmente a contribuição ou iniciar o recolhimento da contribuição;
- ▶ Se na folha de salário não houver, por qualquer motivo, o desconto da Contribuição Básica e da Adicional, se for o caso, ficarei obrigado a recolhê-las à Fundação, diretamente, ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o último dia útil do mês de competência.

## ▶ 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.

## ▶ 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.

## ▶ OPÇÃO POR REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Declaro que nesta data tomei conhecimento da Lei nº 11.053, de 29/12/2004, que faculta aos participantes de planos de contribuição definida a opção pelo regime de tributação com alíquotas regressivas e, na qualidade de participante do Plano de Benefícios Votorantim Prev, venho por meio da presente:

- optar**, em caráter irrevogável, pelo regime regressivo de tributação, previsto na Lei nº 11.053, de 29.12.2004, que dispõe que os valores pagos aos participantes ou aos assistidos, a título de benefícios ou resgates de valores acumulados, sujeitam-se à incidência do imposto de renda na fonte, com alíquotas regressivas determinadas em função do prazo de acumulação dos recursos, conforme previsto no art. 1º da lei supracitada.
- não optar** pelo regime regressivo de tributação anteriormente citado. A não opção pelo regime regressivo de tributação caracterizará a manutenção do regime progressivo.

## ▶ PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Para fins da informação a prestar a seguir, declaro ter ciência que pessoa politicamente exposta 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, para fins da Instrução nº 26, os parentes da linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

Assim sendo, neste momento, declaro, em atendimento à Instrução nº 26, expedida pela então Secretaria de Previdência Complementar em 1º/9/2008, com o objetivo de coibir os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, a informação que segue:

- não estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.  
 estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.

## ▶ 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, que tenham a condição de dependentes perante a Previdência Social. 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 \_\_\_\_\_

*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).*

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

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

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

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

Este formulário deverá ser encaminhado para a Funsejem em até 30 dias para o lançamento de informações. Email: [funsejem@funsejem.org.br](mailto:funsejem@funsejem.org.br).