

# ALTERAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Participante  ativo  afastado (doença/sem remuneração total)  autopatrocinado

Empresa (patrocinadora) \_\_\_\_\_

Local de trabalho (unidade) \_\_\_\_\_ Nº de matrícula na empresa \_\_\_\_\_

Tel. comercial \_\_\_\_\_ Tel. residencial ou celular \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Na qualidade de participante do plano de benefícios VCNE, administrado pela Funsejem, e em conformidade com o disposto no subitem 5.9.2 do regulamento do referido plano, solicito, pelo presente formulário, a alteração da minha contribuição básica, no percentual a seguir escolhido, a ser calculado sobre o meu salário aplicável.**

3%

4%

5%

*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).*

Autorizo que seja procedido o desconto na folha de salários referente à contribuição básica, no valor correspondente à aplicação do percentual do meu salário aplicável acima definido.

Declaro estar ciente de que a qualquer tempo, limitado a duas vezes nos anos, poderei solicitar novamente, por escrito, à Funsejem, a alteração do percentual, para realização mensal de minha contribuição básica.

Declaro estar ciente e concordar que se na folha de salários não houver, por qualquer motivo, o desconto da contribuição básica, ficarei 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.

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

Assinatura do participante ou representante legal \_\_\_\_\_

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO