

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 (até 25%, exceto no caso de benefício por invalidez decorrente de moléstia grave, nos termos do Regulamento)

Obs.: caso não faça a opção por receber o valor de até 25% do saldo de conta total, poderá requerê-lo durante a fase de percepção do benefício, em pagamento único ou parcelado.

Assinale apenas uma das formas de recebimento abaixo:

- Renda mensal por prazo determinado, entre 5 e 20 anos: _____ anos
 Renda mensal por percentual fixo, entre 0% e 1,53%, sobre o saldo de conta total: _____%
 Renda mensal por valor fixo em reais, equivalente a no mínimo 0% e no máximo 1,53% do saldo de conta total: R\$ _____
 Parcela única (opção válida apenas para o benefício por invalidez)

Nota: se o valor mensal inicial apurado para o benefício estiver abaixo dos limites previstos no regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev, a Funsejem efetuará o pagamento do benefício em parcela única. Ou ainda, se posteriormente, no mês de dezembro, for verificado um possível desenquadramento, a Funsejem ajustará o percentual ou o valor fixo em reais para a adequação necessária aos respectivos limites, a vigorar a partir de janeiro do ano subsequente.

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 _____

Empresa (patrocinadora) _____

Unidade (local) _____ 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 _____

Telefone fixo _____ Telefone celular _____ Email _____

Tipo de pagamento:

- Crédito em conta, nº banco _____, agência, _____, conta corrente _____

Obs.: não informe conta salário, conta de terceiros, nem conta poupança do Itaú (contas poupanças de outros bancos são aceitas)

- 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	Nascimento	CPF	Telefone
1. _____	____/____/____	_____	_____
2. _____	____/____/____	_____	_____
3. _____	____/____/____	_____	_____

DADOS DOS DEPENDENTES (PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA)

Nome	Telefone	Parentesco	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 Votorantim Prev.

Nome	Nascimento	CPF	Telefone
1. _____	____/____/____	_____	_____
2. _____	____/____/____	_____	_____
3. _____	____/____/____	_____	_____

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.

Nos termos do regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev, venho pela presente requerer o benefício acima assinado. 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:

- Cópia do termo de homologação e rescisão do contrato de trabalho assinado. Na ausência do termo, servem cópias simples da carteira de trabalho: páginas de identificação (foto), do contrato de trabalho, e da rescisão (baixa da empresa).
- Cópia do comprovante bancário
- Cópia da certidão de casamento do participante
- Cópia certidão de nascimento dos filhos
- Cópia do comprovante de endereço
- Cópia RG, CPF do participante e cônjuge
- Declaração médica de filho inválido
- Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver)
- Comprovação de inscrição em curso nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos)
- Carta concessão/protocolo requerimento de aposentadoria por invalidez do INSS ou atestado de invalidez do médico da empresa (para benefício invalidez)

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

Empréstimo pessoal:

Obs.:

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal