

SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL

Nome _____

Participante ativo afastado (doença/sem remuneração total) autopatrocinado

Empresa (patrocinadora) _____ CPF _____

Local de trabalho (unidade) _____ Nº de matrícula na empresa _____

Tel. comercial _____ Tel. residencial ou celular _____

Email _____

Com fundamento no disposto no subitem 5.1.2.4 do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente correspondência solicitar a suspensão da minha contribuição adicional.

A suspensão vigorará a partir do próprio mês ou do mês subsequente ao desta solicitação.

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.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO