

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO AO PLANO DE BENEFÍCIOS ACEPREV

Matrícula Aceprev: _____

Declaro que é do meu interesse:

- ☐ Autorizar o Patrocinador a descontar, mensalmente, a título de Contribuição Básica, o seguinte percentual sobre o meu Salário Aplicável:

Faixa Salarial	% de Contribuição Básica ⁽¹⁾
Até 11,32 UPC ⁽²⁾	1,0%
De 11,32 UPC a 19,25 UPC	5,0%
De 19,25 UPC a 35,95 UPC	6,5%
De 35,95 UPC a 47,56 UPC	7,8%
Acima de 47,56 UPC	8,8%

⁽¹⁾ Escala de contribuição relativa ao Participante Ativo e Ativo Migrado.

⁽²⁾ Valor atual da UPC: R\$ 551,39 (Base: Nov/2022).

- ☐ Autorizar o Patrocinador a descontar, mensalmente, a título de Contribuição Voluntária, o percentual inteiro de _____% ⁽³⁾ sobre o meu Salário Aplicável:

⁽³⁾ O percentual mínimo de Contribuição Voluntária é de 1% (um por cento) do Salário Aplicável.

- ☐ Autorizar o patrocinador a suspender o desconto das Contribuições para o Plano de benefícios ACEPREV junto a Acesita Previdência Privada – ACEPREV, estando ciente das perdas inerentes a esta suspensão.

Nome do Participante _____ % Contribuição Total _____

Registro _____ R3 _____ Área _____ Ramal _____

Assinatura _____ Visto Aceprev _____

Email para devolução do Protocolo _____

Local _____ Data _____ / /

Obs.: Estou ciente de que, havendo alteração no meu Salário Aplicável na Patrocinadora após o preenchimento deste formulário que implique mudança de faixa de contribuição, conforme Art. 18 do Regulamento, fica desde já a Entidade autorizada a adequar/aumentar o desconto em folha ao mínimo da faixa salarial aplicável no caso.

Obs.: *Em caso de empréstimo com a Entidade, a alteração acima poderá impactar nas condições contratadas. Caso necessário a Aceprev entrará em contato.

Envie este Termo preenchido e assinado utilizando um dos seguintes meios:

Malote interno para a Equipe ACEPREV

Correio: Praça 1º de Maio, 9 - Centro, Timóteo/MG - Cep 35180-018

PROTOCOLO DE ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO JUNTO AO PLANO DE BENEFÍCIOS ACEPREV

Nome do Participante _____ % Contribuição Total _____

Assinatura _____ Visto Aceprev _____

Local _____ Data _____ / /

Obs.: Estou ciente de que, havendo alteração no meu Salário Aplicável na Patrocinadora após o preenchimento deste formulário que implique mudança de faixa de contribuição, conforme Art. 18 do Regulamento, fica desde já a Entidade autorizada a adequar/aumentar o desconto em folha ao mínimo da faixa salarial aplicável no caso.