

## TERMO DE CONTRIBUIÇÃO- AFASTADOS

### PLANO DE APOSENTADORIA PROGRAMADA II- PAP II

Nome: \_\_\_\_\_

Empregadora: \_\_\_\_\_ Matrícula Empresa (SAP): \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_ Telefone/Celular: \_\_\_\_\_

E-mail pessoal (**obrigatório**): \_\_\_\_\_

Tendo em vista o afastamento de suas atividades com perda de remuneração, o seu Plano de Aposentadoria permite opção pela suspensão de contribuições. Neste caso, a contagem de tempo de contribuição ao plano fica igualmente suspensa.

Caso você tenha interesse em permanecer contribuindo regularmente, será necessário efetuar as contribuições mensalmente até o dia 10 de cada mês.

As contribuições deverão ser realizadas via depósito identificado exclusivamente através do Banco Santander Para isso, é necessário entrar em contato com o NBS pelo telefone 0800 770 09 44 e solicitar um código identificador de pagamento. Este código identificador de pagamento deverá ser solicitado todo mês.

O respectivo comprovante deverá ser encaminhado mensalmente para o endereço eletrônico [funepp.contato@br.nestle.com](mailto:funepp.contato@br.nestle.com) ou via malote/correios para o endereço da FUNNEPP: Rua Dr. Rubens Gomes Bueno, 691 - Edifício Torre Sigma - Bairro Várzea de Baixo, São Paulo, CEP 04730-000, até o dia 10 de cada mês.

Ao retornar ao trabalho você poderá retomar o pagamento das contribuições regulares via desconto em folha. Para isto você deverá procurar seu RH local para solicitação da reativação através do preenchimento do formulário de alteração de percentual.

Com base nessas informações, faço a seguinte opção:

Desejo suspender minhas contribuições durante o período do meu afastamento

Desejo permanecer contribuindo para o meu Plano de Aposentadoria, através de contribuições voluntárias, durante o período do meu afastamento com os seguintes percentuais:

**Contribuição Básica:** \_\_\_\_\_% do salário-base (entre 1% e 4%, destinado ao Fundo A)

**Contribuição Adicional:** \_\_\_\_\_% do salário-base (entre 1% e 8%, destinado ao Fundo B)

#### REQUERIMENTO PARA CONTRIBUIÇÃO AFASTADOS DO PLANO APOSENTADORIA PROGRAMADA II – PAP II

Empregadora: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Matricula Empresa (SAP): \_\_\_\_\_

CPF/MF: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável RH

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável RH