



NÃO APLICÁVEL A ASSISTIDO QUE RECEBA BENEFÍCIO NA FORMA DE RENDA VITALÍCIA.

Nome:			
RG:	CPF:	Matrícula/RE:	
WWID:	Data de Nascimento:	Estado Civil:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefone:	Celular:	
Empresa Patrocinadora:			

Desejo alterar minha opção de recebimento do Benefício que, na condição de Assistido, estou recebendo do Plano Pprevcummins, conforme escolha a seguir:

A) RECEBO BENEFÍCIO POR PERCENTUAL DO SALDO

(Este item não é aplicável ao Assistido que receba o Benefício em forma de renda vitalícia ou por prazo determinado.)

Desejo alterar o percentual do meu Benefício, incidente sobre meu saldo de conta, dos atuais _____ % (_____ por cento), para _____ % (_____ por cento) (escolher qualquer percentual entre 0,1% e 1,6%).

B) RECEBO BENEFÍCIO POR PRAZO DETERMINADO

(Este item não é aplicável ao Assistido que receba o Benefício em forma de renda vitalícia ou por percentual do saldo.)

Desejo alterar o prazo de recebimento do meu Benefício, dos atuais _____ (_____ meses), para _____ (_____ meses) (escolher qualquer número entre 60 e 180 meses).

Declaro, expressamente, estar ciente de que:

- (a) tenho conhecimento de que esse formulário deve ser protocolado na Pprevcummins até os meses de março, junho, setembro ou dezembro, para que a alteração da forma de pagamento do Benefício se efetive no mês posterior ao do término do prazo;
- (b) estou ciente de que o pagamento da renda mensal será automaticamente encerrado por ocasião do esgotamento do meu Saldo de Conta Total, quando, então, se extinguirão definitivamente todas as obrigações da Pprevcummins em relação a mim (Assistido) e aos meus Beneficiários;
- (c) tenho conhecimento de que no momento em que minha renda mensal passar a ser inferior a 2 Unidades de Referência Cummins – URC, a Pprevcummins poderá efetuar o pagamento do remanescente do meu Saldo de Conta Total, em uma única parcela, extinguindo-se, a partir desse pagamento, todas as obrigações da Pprevcummins perante mim (Assistido) e meus Beneficiários;
- (d) tenho ciência de que o percentual ou o prazo escolhido poderá ser alterado novamente nos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada ano, sendo a nova opção válida a partir do mês imediatamente posterior;
- (e) concordo que, em se verificando erro no pagamento de Benefício, a Pprevcummins fará revisão e correção do valor, pagando ou reavendo o que lhe couber, podendo, em último caso, reter prestações subsequentes, quando houver, até a completa compensação dos valores devidos, incluindo a atualização desses valores, não podendo a prestação mensal, em seu valor já retificado, ser reduzida em mais de 30%, na forma do Regulamento do Plano;
- (f) tenho pleno conhecimento das disposições do Regulamento do Plano Pprevcummins relativas à alteração da forma de pagamento de Benefício e fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito dos efeitos da minha opção.

_____, _____ de _____
Local e data

Assinatura

PROTOCOLO (Para uso exclusivo da Pprevcummins)

Recebido pela Entidade em: _____

Pprevcummins – Sociedade de Previdência Privada