



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

Requeiro a concessão do Benefício de Aposentadoria Normal ou Antecipada (conforme for o meu enquadramento, a ser avaliado pela PrevCummins), a ser pago inicialmente conforme opções a seguir (as duas opções a seguir - I e II - são obrigatórias):

I. OPÇÃO PELA ANTECIPAÇÃO OU NÃO DE ATÉ 25% DO MEU SALDO DE CONTA TOTAL OU DE ATÉ 100% DOS SALDOS DA CONTA INICIAL E DA CONTA INICIAL SUPLEMENTAR

SIM, quero receber, a título de antecipação, _____% (_____ por cento) do meu Saldo de Conta Total (escolher qualquer percentual até 25%), ou _____% (_____ por cento) da soma dos saldos da Conta Inicial e da Conta Inicial Suplementar de que tratam as alíneas "c" do item 8.1.1 e 8.1.2 do Regulamento do Plano (escolher qualquer percentual até 100% somente se você não tiver optado pela antecipação do Saldo de Conta Total).

NÃO quero receber qualquer antecipação, pois pretendo receber meu Benefício apenas de acordo com uma das formas previstas no item II, abaixo.

Nota: caso haja a opção pela antecipação, o cálculo do Benefício mensal a ser pago conforme opção abaixo levará em consideração o saldo remanescente, já reduzido da parcela do saldo que foi antecipada. A antecipação poderá ser feita integralmente no ato do requerimento do benefício ou de forma parcial, tendo o Assistido, nessa última hipótese, a oportunidade de requerer no futuro, em até duas parcelas, o limite remanescente de antecipação a que tem acesso. Na hipótese de opção pela não antecipação de saldo no momento do requerimento do benefício, o Assistido poderá requerer a antecipação no futuro, em até três parcelas, observando-se o seu limite de antecipação.

II. OPÇÃO PELA FORMA DE RECEBIMENTO DOS PAGAMENTOS MENSAIS

Renda mensal em percentual do saldo: _____% (_____ por cento) (escolher qualquer percentual entre 0,1% e 1,6%) do Saldo de Conta Total, ou do remanescente do referido saldo, caso tenha optado pela antecipação de que trata o item I acima.

Renda mensal por prazo determinado: _____ (_____) meses (escolher qualquer número entre 60 e 180 meses), em número constante de cotas.

Nota: O percentual ou o prazo escolhido poderá ser alterado nos meses de março, junho, setembro e dezembro de cada ano, sendo a nova opção válida a partir do mês imediatamente posterior.

Dados bancários para pagamento da antecipação e da renda mensal

BANCO (NOME):	BANCO (CÓDIGO):
AGÊNCIA (Nº / DÍGITO): /	CONTA CORRENTE (Nº / DÍGITO): /

Declaro, expressamente, que:

(a) 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 PrevCummins em relação a mim (Assistido) e aos meus Beneficiários;

(b) tenho conhecimento de que a PrevCummins poderá indeferir o Benefício, caso se verifique que os requisitos de elegibilidade não foram cumpridos, incluindo-se, como requisito, o Término de Vínculo Empregatício, na forma do Regulamento do Plano. Além do indeferimento do Benefício, poderá ocorrer o indeferimento da antecipação de saldo eventualmente requerida, tendo em vista que este pedido só será aceito nos casos em que a renda mensal resultante da conversão do saldo remanescente resulte num valor mensal superior a 2 Unidades de Referência Cummins - URC vigentes na Data do Cálculo;



(c) aceito que a Pprevcummins conceda, a seu critério, o Benefício de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria Antecipada, a depender do cumprimento das elegibilidades, a saber: Aposentadoria Normal - mínimo de 60 anos de idade e mínimo de 10 anos de Tempo de Serviço; Aposentadoria Antecipada - mínimo de 55 anos de idade, mínimo de 10 anos de Tempo de Serviço e não ser elegível a Aposentadoria Normal;

(d) estou ciente 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;

(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 aos Benefícios de Aposentadoria Normal e Aposentadoria Antecipada 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

1ª via – Pprevcummins; 2ª via – Assistido.