Prevcummins

TERMO DE OPÇÃO PELO **ABONO ANUAL**

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:			

Manifesto minha opção conforme segue, nos termos dispostos no Regulamento do Plano de Benefícios Prevcummins (item 9.9):

☐ **SIM,** solicito o recebimento do Abono Anual de valor igual ao benefício do mês de dezembro. A opção será válida para o corrente ano desde que protocolada junto à Prevcummins até o final do mês de outubro. A opção pelo recebimento do Abono Anual poderá ser revista anualmente. Enquanto não for revista, prevalecerá a última opção formalizada junto à Prevcummins.

☐ **NÃO** desejo receber o Abono Anual. A opção será válida para o corrente ano desde que protocolada junto à Prevcummins até o final do mês de outubro. A opção pelo recebimento do Abono Anual poderá ser revista anualmente. Enquanto não for revista, prevalecerá a última opção formalizada junto à Prevcummins.

Declaro, expressamente, que:

(a) estou ciente de que esta solicitação impactará o meu saldo de conta total, ou seja, em caso de opção pelo recebimento do Abono Anual, meu saldo de conta sofrerá impacto negativo;

(b) concordo com o recálculo do meu benefício, em caso de mudança de opção referente ao Abono Anual;

(c) tenho conhecimento de que o pagamento de benefícios será encerrado por ocasião do esgotamento do meu saldo de conta total, quando então se extinguirão definitivamente todas as obrigações da Prevcummins em relação à minha condição de Assistido;

(d) não haverá pagamento de Abono Anual sobre o Benefício Eventual Temporário, decorrente de eventual distribuição de superávit;

(e) tenho pleno conhecimento das disposições do Regulamento do Plano de Benefícios Prevcummins relativas ao pagamento de Abono Anual e fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito dos efeitos desta opção.

_____, _____ de _____ _____

Local e data Assinatura

PROTOCOLO *(Para uso exclusivo da Prevcummins)*

Recebido pela Entidade em: _____ _____

Prevcummins – Sociedade de Previdência Privada

ESTE FORMULÁRIO PODE SER ASSINADO DIGITALMENTE. CONSULTE O PASSO A PASSO NO DOCUMENTO **ASSINATURA DIGITAL**.