Prevcummins

INDICAÇÃO DE **BENEFICIÁRIOS**

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:			

Indico os seguintes Beneficiários para receber o Benefício por Morte, nos termos dispostos pelo Regulamento do Plano de Benefícios Prevcummins:

NOME	SEXO (M/F)	NASCIMENTO	CPF	PARENTESCO (SE HOUVER)	%

Rubrica

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

Declaro, expressamente, estar ciente de que:

(a) a indicação ora feita substitui eventuais indicações de Beneficiários realizadas anteriormente, as quais se tornam sem efeito;

(b) podem ser inscritos como Beneficiários quaisquer pessoas, observando-se que a condição de Beneficiário depende de indicação prévia e válida protocolada perante a Prevcummins - Sociedade de Previdência Privada;

(c) caso não haja indicação de Beneficiários, o Benefício por Morte será pago aos herdeiros legítimos, observada a ordem de vocação hereditária prevista no Código Civil, e, na ausência destes, os recursos correspondentes serão revertidos ao ativo do Plano;

(d) se houver mais de uma pessoa inscrita como Beneficiário e não for especificado pelo Participante ou Assistido o percentual que couber a cada uma, o montante equivalente será rateado em partes iguais dentre todos os inscritos. Ocorrendo falecimento de um dos Beneficiários, haverá novo rateio proporcional do Benefício por Morte entre os Beneficiários sobreviventes;

(e) poderá haver a alteração dos Beneficiários, a qualquer tempo, mediante nova indicação pelo Participante ou Assistido, por intermédio de novo formulário próprio para tanto, protocolado junto à Prevcummins - Sociedade de Previdência Privada;

(f) a liberação dos pagamentos da parcela do Benefício por Morte atribuível aos Beneficiários está condicionada à apresentação, pelos interessados, da totalidade da documentação que os habilite ao recebimento do Benefício;

(g) ressalvado o caso de falecimento, o cancelamento da inscrição do Participante acarretará a imediata perda de todos os direitos inerentes a essa qualidade e o imediato cancelamento da inscrição de todos os seus Beneficiários, dispensando-se qualquer forma de aviso prévio ou comunicação;

(h) tenho pleno conhecimento das disposições do Regulamento do Plano de Benefícios Prevcummins relativas à indicação de Beneficiários e fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito de seus efeitos;

(i) o presente formulário não se aplica aos Assistidos que recebam benefício na forma de renda vitalícia, na forma prevista na Seção II do Capítulo XIV do Regulamento do Plano, intitulada "Dos Benefícios e Direitos Assegurados aos Participantes e Assistidos Inscritos no Plano em 28 de Fevereiro de 1999".

_____, _____ 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**.