Prevcummins

FORMULÁRIO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

Nome:			
RG:	CPF:	Matrícula/RE:	
WWID:	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;

_____

Rubrica

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

(c) aceito que a Prevcummins 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 Prevcummins 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 Prevcummins perante mim (Assistido) e meus Beneficiários;

(e) concordo que, em se verificando erro no pagamento de Benefício, a Prevcummins 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 Prevcummins 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 Prevcummins)***

Recebido pela Entidade em: _____ _____

Prevcummins – Sociedade de Previdência Privada

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