Prevcummins

TERMO DE MIGRAÇÃO DE REGRAS REGULAMENTARES
E ALTERAÇÃO DE FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

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:			

Tendo em vista a faculdade prevista no Regulamento do Plano Prevcummins (item 14.3.10), aplicável aos Assistidos que já estavam nessa condição em 28 de fevereiro de 1999 ou que estavam elegíveis a tanto, manifesto, de livre e espontânea vontade, a seguinte opção relativa à alteração da forma de recebimento do meu Benefício:

☐ SIM, desejo realizar a migração de regras regulamentares para alterar a forma de recebimento do meu Benefício, que doravante deixará de ser pago pela Prevcummins sob a forma de renda mensal vitalícia e passará a ser pago conforme a opção abaixo assinalada:

☐ **Renda mensal em percentual do saldo:** _____% (_____ por cento) **(escolher qualquer percentual entre 0,1% e 1,6%)** do Saldo de Conta Total calculado pela Prevcummins.

☐ **Renda mensal por prazo determinado:** _____ (_____) meses **(escolher qualquer número entre 60 e 180 meses).**

Na condição de Aposentado (Beneficiários não devem preencher o quadro abaixo), considerando a migração de regras regulamentares que estou fazendo e que as disposições relativas à indicação de Beneficiários às quais eu me sujeitava diferem daquelas previstas nas regras do Regulamento às quais passo a me submeter, formalizo, a seguir, nova indicação de Beneficiários, que substituirá indicações feitas anteriormente:

Nome	Sexo (M/F)	Nascimento	CPF	Parentesco (Se houver)	% (percentual para cada Beneficiário)

Observações relativas aos Beneficiários: (i) 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; **(ii)** 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; **(iii)** poderá haver a alteração dos Beneficiários, a qualquer tempo, mediante formulário próprio para tanto, protocolado junto à Prevcummins; **(iv)** 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; **(v)** ressalvado o caso de falecimento, o cancelamento da inscrição do Participante ou Assistido 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.

_____
Rubrica

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

Ao assinalar "SIM", declaro, expressamente, que:

(a) estou ciente de que essa minha opção me vincula permanentemente às regras não transitórias do Regulamento do Plano Prevcummins, sendo irrevogável, irretratável e irreversível, inclusive no que diz respeito à forma de reajuste do valor do meu Benefício e às regras do Benefício por Morte;

(b) fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito dos efeitos da minha opção;

(c) tenho conhecimento da regra regulamentar que disciplina que a Prevcummins terá o prazo máximo de 12 meses para efetivar a alteração da forma de pagamento do Benefício;

(d) tenho ciência de que o percentual ou o prazo escolhido para pagamento do Benefício 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;

(e) reconheço e concordo com o Saldo de Conta Total calculado pela Prevcummins, a ser utilizado como parâmetro para o cálculo do meu novo Benefício, definido a partir de cálculos atuariais baseados no valor presente do benefício de renda vitalícia até então recebido por mim;

(f) uma vez transformada a forma de recebimento do meu Benefício, estou ciente de que o pagamento da renda mensal será automaticamente encerrado por ocasião do esgotamento do meu Saldo de Conta Total ou do prazo escolhido para pagamento da referida renda, quando, então, se extinguirão definitivamente todas as obrigações da Prevcummins em relação a mim e a meus Beneficiários.

_____, _____ de _____ _____

Local e data Assinatura

PROTOCOLO ***(Para uso exclusivo da Prevcummins)***

Recebido pela Entidade em: _____ _____

Prevcummins – Sociedade de Previdência Privada