

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

Requero a concessão do Benefício por Incapacidade 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 tão logo a Previdência Social suspenda o benefício de aposentadoria por invalidez ou auxílio-doença, ou no caso de uma recuperação antecipada, conforme atestado pelo clínico credenciado pela Entidade. O esgotamento do meu Saldo de Conta Total também acarretará o encerramento do pagamento da renda, quando, então, se extinguirão definitivamente todas as obrigações da Pprevcummins em relação a mim (Assistido) e aos meus Beneficiários ;
- (b) tenho conhecimento de que a Pprevcummins poderá indeferir o Benefício, caso se verifique que os requisitos de elegibilidade previstos em Regulamento não foram cumpridos. 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) concordo 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;
- (d) aceito 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;
- (e) tenho pleno conhecimento das disposições do Regulamento do Plano Pprevcummins relativas ao Benefício por Incapacidade e fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito dos efeitos da minha opção.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 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.