

REQUERIMENTO DE CONVERSÃO DE RENDA- UNIVALIPrevidência

É importante que todos os campos sejam preenchidos

NOME_____
CPF_____
E-MAIL_____
TELEFONE RESIDENCIAL_____
TELEFONE CELULAR

Eu, participante do plano de Benefícios UNIVALIPrevidência, venho, de livre e espontânea vontade, por todos os direitos e obrigações, manifestar minha opção ao tipo de renda que pretendo perceber como Assistido do Plano de Benefícios UNIVALIPrevidência, conforme aprovação ocorrida através da Portaria nº 703 de 11/08/2023, publicada no Diário Oficial da União de 18/08/2023, pela PREVIC – Superintendência Nacional de Previdência Complementar:

- Opção A – Alterar minha renda atual para Renda Mensal por Prazo Indeterminado.
- Opção B - Alterar minha renda atual para Renda Mensal por Prazo Determinado, por prazo não inferior a 5 anos:
Informar o prazo que deseja receber a renda: _____
- Opção C – Alterar minha renda atual por Renda Percentual do Saldo escolhido entre 0,1% a 2,0%:
Informar o percentual do saldo que deseja receber como renda: _____

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) HABILITADO(S) (*)

NOME	CPF	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	DEPENDENTE IR (**)
					()
					()
					()
					()
					()

(*) **Beneficiário (s) habilitado (s):** o cônjuge, o companheiro, na forma preceituada no Código Civil Brasileiro, e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 18 (dezoito) anos ou inválido, desde que tal condição seja diagnosticada antes de tal idade e que o mesmo seja dependente do Participante.

(**) **dependente para fins do Imposto de Renda:** Este campo deverá ser preenchido caso o beneficiário habilitado seja dependente do participante no Imposto de Renda.

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADOS(S) E O PERCENTUAL DE SALDO (*)**

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	TELEFONE	PERCENTUAL (***)

(***) **Beneficiário (s) designado (s):** poderá ser qualquer pessoa física indicada pelo participante e terá direito ao percentual do saldo remanescente também indicado pelo participante, na ausência dos Beneficiários Habilitados (cônjuge e filhos menores de 18 anos ou inválidos).

(****) **Percentual do saldo:** Este campo se refere ao percentual do saldo de contas a ser pago a cada Beneficiário Designado, caso ocorra o falecimento do participante e Beneficiário (s) habilitado (s). Observando o percentual máximo de 100%, que deverá ser distribuído entre todos os Beneficiários Designados escolhidos pelo participante.

Estou ciente que a opção pela alteração do tipo de renda é irrevogável, irretroatável e implica em renúncia a minha renda mensal vitalícia. Declaro ainda ter conhecimento das alterações do Regulamento do Plano de Benefícios UNIVALIPrevidência.

_____, de _____ de 20_____
LOCAL DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Declaro, sob minha responsabilidade, que as informações prestadas sobre o novo beneficiário são verdadeiras.