

Requerimento de Alteração do Pagamento do Benefício – Plano de Previdência Complementar

Nome

CPF

Data de Nascimento

Estado Civil

Patrocinadora

Localidade

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nome do Plano

RE (Matricula)

Plano de Previdência Complementar UnileverPrev

Endereço Residencial

Bairro

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Estado/Cidade

CEP

Tel. Residencial

Celular

Tel. para contato

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-Mail Comercial

E-Mail Pessoal

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Eu, na condição de participante do Plano de Previdência Complementar UnileverPrev e de acordo com o Regulamento do Plano (Aprovado em 08/11/2022 pela Portaria nº 1.056 de 26/10/2022), em conformidade com o item 9.3 e seus respectivos subitens, venho por meio desta requerer a alteração do meu benefício, conforme abaixo assinalado:

Pagamentos mensais fixos em moeda, por um período mínimo de 15 (quinze) anos (Inciso “a” do subitem 9.3.3).

Número de anos: _____

Pagamentos mensais em número constante de quotas, por um período mínimo de 15 (quinze) anos (Inciso “b” do subitem 9.3.3).

Número de anos: _____

Pagamentos mensais, podendo variar entre 0,10% (zero vírgula dez por cento) a 1,5% (um vírgula cinco por cento) do Saldo de Conta Total do Participante remanescente, sempre observando múltiplos de 0,10 (zero vírgula dez por cento) (Inciso “c” do subitem 9.3.3).

Percentual do Saldo de Conta Total: _____ %

Este formulário deverá ser preenchido, assinado e enviado em formato **PDF** ou **JPEG** para o endereço de e-mail comunicacao.unileverprev@unilever.com.

Declaro ter ciência que a alteração acima poderá ser solicitada nos meses de **março, junho, setembro e dezembro** e **refletirá em meu benefício a partir do mês seguinte a solicitação** e que poderei requerer novamente a alteração do meu benefício nos meses de **março, junho, setembro e dezembro**, também para **vigência a partir do mês seguinte a solicitação**.

Local e data

Assinatura do Participante