

Requerimento de Participante Desligado de Patrocinadora – Programa Médico

Nome		CPF		Data de Nascimento	
Estado Civil	Patrocinadora	Data de Admissão	Data de Adesão	Data de Desligamento	
Nome do Plano				RE (Matricula)	
Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev					
Endereço Residencial			Bairro		
Estado/Cidade	CEP	Tel. Residencial	Celular	Tel. para contato	
E-Mail Comercial			E-Mail Pessoal		

Eu, na condição de participante do Programa de Assistência Médica Aposentados UnileverPrev e de acordo com o Regulamento do Plano (Aprovado em 29/08/2017 pela Portaria nº 821 de 25/08/2017), venho por meio desta, em função do meu desligamento da Patrocinadora/Empresa acima indicado, levar ao conhecimento de V.Sas.que de acordo com as alternativas que me foram apresentadas com base na minha idade, nesta data, e as regras vigentes do Regulamento do Programa que participo, opto por uma das condições abaixo:

1) Participante com idade inferior a 50 anos de idade.

Resgatar o saldo de Conta de Contribuição do Participante, conforme descrito no item 5.5.1 do Regulamento do Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev. Declaro ter conhecimento que não terei direito ao Saldo de Conta de Contribuição da Patrocinadora.

Declaro ainda ter conhecimento que a devolução das contribuições implicará no término da minha participação no referido Programa, do meu beneficiário cônjuge e dos meus beneficiários filhos, estando extintas todas as obrigações da Entidade referentes ao Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev.

Para tanto, autorizo a UnileverPrev - Sociedade de Previdência Privada, a depositar o respectivo saldo, líquido de Imposto de Renda em minha conta corrente() ou poupança() de nº_____ agência nº_____ junto ao Banco_____, valendo o respectivo comprovante de depósito como Recibo e Quitação desta solicitação, para todos os fins e efeitos de direito.

2) Participante com idade entre 50 anos e 55 anos de idade.

Resgatar o saldo de Conta de Contribuição do Participante, conforme descrito no item 5.5.3 do regulamento do Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev. Declaro ter conhecimento que não terei direito ao Saldo de Conta de Contribuição da Patrocinadora.

Declaro ainda ter conhecimento que a devolução das contribuições implicará no término da minha participação no referido Programa, do meu beneficiário cônjuge e dos meus beneficiários filhos, estando extintas todas as obrigações da Entidade referentes ao Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev.

Para tanto, autorizo a UnileverPrev - Sociedade de Previdência Privada, a depositar o respectivo saldo, líquido de Imposto de Renda em minha conta corrente() ou poupança() de nº_____ agência nº_____ junto ao Banco_____, valendo o respectivo comprovante de depósito como Recibo e Quitação desta solicitação, para todos os fins e efeitos de direito.

Manter-me vinculado ao Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev, mantendo 100% do saldo de Conta Total de Participante sob a administração da UnileverPrev sem efetuar contribuições ao Programa. Declaro ter conhecimento que ao completar 55 anos de idade deverei requerer o Benefício de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev.

Declaro ter conhecimento que a existência de Beneficiário Cônjuge e filhos, implica na consequente exclusão do Beneficiário Designado.

Mais opções no verso >>> VIRE

3) Participante com idade igual ou superior a 55 anos de idade

Escolher, conforme item 5.1 do Regulamento do Programa de Assistência Médica para Aposentados, um dos Planos médicos disponíveis, para tanto solicito o envio do Termo de Opção ao Plano Médico.

Resgatar o saldo de Conta de Contribuição do Participante, conforme descrito no item 5.5.3 do regulamento do Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev. Declaro ter conhecimento que conforme descrito no referido item do regulamento, não terei direito ao Saldo de Conta de Contribuição da Patrocinadora.

Declaro ainda ter conhecimento que com a devolução das contribuições implicará no término da minha participação no referido Programa, do meu beneficiário cônjuge e dos meus beneficiários filhos, estando extintas todas as obrigações da Entidade referentes ao Programa.

Para tanto, autorizo a UnileverPrev - Sociedade de Previdência Privada, a depositar o respectivo saldo líquido de Imposto de Renda, em minha conta corrente() ou poupança() de nº _____ agência nº _____ junto ao Banco _____, valendo o respectivo comprovante de depósito como Recibo e Quitação desta solicitação, para todos os fins e efeitos de direito.

Alteração de Beneficiários Designado: Indico abaixo o(s) meu(s) Beneficiário(s) Designado(s) que receberão, quando aplicável, os benefícios previstos no regulamento do Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev. Declaro ainda, ter conhecimento que na minha falta, antes de completar a elegibilidade de idade de 55 anos ao Programa, meu beneficiário Cônjuge e/ou meu beneficiário Filho, se for o caso, farão jus de imediato ao recebimento de benefício.

1	Nome Completo	CPF
	Data de Nascimento	Parentesco
2	Nome Completo	CPF
	Data de Nascimento	Parentesco
3	Nome Completo	CPF
	Data de Nascimento	Parentesco

Declaração e Compromisso

Eu, na condição de participante do Programa de Assistência Médica para Aposentados UnileverPrev, administrado pela UnileverPrev – Sociedade de Previdência Privada, declaro ter recebido nesta data as opções discriminadas neste Requerimento.

Estou ciente que este formulário deverá ser preenchido, assinado e devolvido à UnileverPrev (em formato jpeg ou pdf) pelo e-mail: comunicacao.unileverprev@unilever.com.

Declaro ter recebido a informação de que o Extrato de Desligamento, conforme legislação, será enviado pela UnileverPrev para o meu endereço (cadastrado na entidade), **no prazo máximo de até 30 (trinta) dias a contar do primeiro dia do mês seguinte ao do meu desligamento**. Declaro ainda que recebi as explicações e orientações necessárias ao exercício da minha opção e que poderei, conforme minha exclusiva decisão, efetuar a minha opção mesmo antes do recebimento do Extrato de Desligamento.

Local e data

Assinatura do Participante