

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ - PREVIDENCIAL

Plano I - 01 de 02

Matrícula

Patrocinadora:

Participante:

CPF:	RG:	Estado Civil:	Sexo:
Data de Nasc.:	Data de Admissão:	Data da Aposentadoria:	Data de Nasc. do Cônjuge:
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
e-mail:			Telefone:
Banco:	Agência:		Conta Corrente:

Eu,
na qualidade de contribuinte / participante da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo cumprido as condições de elegibilidade previstas no capítulo 8.3 do Regulamento do Plano de Aposentadoria desta Patrocinadora, relativo ao benefício de aposentadoria, venho por meio deste requerer o pagamento de acordo com a opção abaixo indicada:

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ - PREVIDENCIAL

Plano I - 02 de 02

FORMA DE RECEBIMENTO:

- Benefício mínimo, conforme capítulo 8.8;
- Resgate de% saldo de contas, conforme capítulo 8.3.2;
- Renda vitalícia com continuação do benefício para os beneficiários após o meu falecimento;
- Renda por prazo determinado em anos (entre 5 e 25 anos), apurada pela divisão do saldo de contas pelo nº de meses escolhido (vezes 13 meses);
- Renda por quotas de% (entre 0,1% e 2,0%) ao mês descontado do saldo de conta, referente ao mês imediatamente anterior ao do pagamento;
- Renda por valor de R\$ (entre 0,1% e 2,0% do saldo de conta) ao mês, mantendo-se fixo até a cessação do saldo ou nova solicitação de alteração.

Declaro estar plenamente ciente de que a opção ora exercida é definitiva, não podendo mais ser alterada e que ocorrerá a incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário escolhido. Anexo documentos comprobatórios (documento pessoal do participante e dos beneficiários, comprovante de residência, certidão de casamento, comprovante dos dados bancários e declaração de saída definitiva do país, se residente no exterior) bem como a declaração dos meus dependentes e minha opção pelo Multiportfólio.

Dia, de de

.....
Assinatura do Participante

REQUERIMENTO DE OPÇÃO DO MULTIPORTFÓLIO (ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

Plano I - 01 de 01

Você só deve preencher este formulário caso a sua opção de recebimento do benefício seja **Renda por Cotas, Renda por Prazo ou Renda por Valor.**

Matrícula

Patrocinadora:

Participante:

Tipo de benefício escolhido:

OPÇÃO DE INVESTIMENTO:

	ATUAL	NOVO
RENDA FIXA (MÍN DE 65% MÁX 100%)	%	%
RENDA VARIÁVEL (MÍN DE 0% MÁX 35% ENTRE ATIVA E PASSIVA)		
PASSIVA (ATRELADO AO ÍNDICE IBOVESPA)	%	%
ATIVA (GESTÃO INDEPENDENTE)	%	%

*A soma dos percentuais de alocação deve ser 100%.

Declaro estar ciente que só poderei alterar a alocação nos perfis de investimento nos períodos de campanha que ocorrem em junho e em dezembro.

Dia, de de

Assinatura do Participante

RELAÇÃO DE DEPENDENTES (ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

Plano I - 01 de 02

Matrícula

Patrocinadora:

Participante:

Tipo de benefício escolhido:

BENEFICIÁRIOS:

Beneficiário 1:

CPF: Data de Nascimento: Parentesco:
Sexo: Masc.: Fem.: Dep. de IR: Sim Não

Beneficiário 2:

CPF: Data de Nascimento: Parentesco:
Sexo: Masc.: Fem.: Dep. de IR: Sim Não

Beneficiário 3:

CPF: Data de Nascimento: Parentesco:
Sexo: Masc.: Fem.: Dep. de IR: Sim Não

RELAÇÃO DE DEPENDENTES (ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

Plano I - 02 de 02

BENEFICIÁRIOS:

Beneficiário 4:

CPF:	Data de Nascimento:	Parentesco:
.....
		Sexo: <input type="radio"/> Masc.: <input type="radio"/> Fem.:
		Dep. de IR: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Beneficiário 5:

CPF:	Data de Nascimento:	Parentesco:
.....
		Sexo: <input type="radio"/> Masc.: <input type="radio"/> Fem.:
		Dep. de IR: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Anexo documentos comprobatórios dos beneficiários (documento pessoal, comprovante de residência, certidão de casamento e nascimento).

Dia, de de

.....
Assinatura do Participante