

REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO

Plano II - 01 de 01

Matrícula

Patrocinadora:

Participante:

CPF:

Telefone:

e-mail:

Data de Suspensão:

/ /

OPÇÃO DE ALTERAÇÃO:

Eu,
na qualidade de participante contribuinte do plano de previdência, administrado pela CargillPrev Sociedade de
Previdência Complementar, inscrita no CNPJ. nº 58.926.825/0001-11, solicito a suspensão de minhas contribui-
ções básica e/ou voluntária, conforme previsto no Capítulo 7, cláusula 7.1.7 do Regulamento do Plano de Bene-
fícios da CargillPrev.

Declaro estar ciente de que só poderei voltar a contribuir na próxima Campanha de Alteração Semestral, solicitando a retomada dos descontos nos meses de Junho ou Dezembro.

Dia, de de

Assinatura do Participante

CargillPrev Soc. de Previdência Complementar