

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD)

Plano III - 01 de 01

Matrícula

Patrocinadora:

Participante:

CPF:	RG:	Estado Civil:	Sexo: <input type="radio"/> Masc.: <input type="radio"/> Fem.:
Data de Nasc.:	Data de Admissão:	Data da Demissão:	Data Nasc. Cônjuge:
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
e-mail:			Telefone:

Eu, .....  
na qualidade de contribuinte da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar – Plano Assistencial, tendo cumprido as condições de elegibilidade abaixo relacionadas e previstas no item 13.9.1 b) do Regulamento do Programa de Assistência Médica para Aposentados CargillPrev, correspondentes ao Benefício Proporcional Diferido, venho por meio deste requerer minha permanência no plano na condição de Diferido, estando ciente que a concessão do benefício somente poderá ocorrer após eu completar 55 anos de idade, levando em consideração o saldo da conta na data do cálculo de pagamento do benefício. A opção pelo Benefício Proporcional Diferido não impede a posterior opção pelo Resgate, antes de completar 55 anos.

### REQUISITOS EXIGIDOS:

- Ter o término do vínculo empregatício com a Patrocinadora;
- Ter no mínimo 50 anos de idade e 05 anos de Serviço Creditado;
- Não ser elegível ao Benefício de Aposentadoria pela CargillPrev;
- Não optar por permanecer vinculado a este plano, como Autopatrocinado;
- Não optar pelo Resgate das contribuições.

Dia ....., de ..... de .....

Assinatura do Participante