

REQUERIMENTO DE RESGATE ASSISTENCIAL

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:
Banco:	Agência:		Conta Corrente:

Eu,
na qualidade de contribuinte do Programa de Assistência Médica para Aposentados CargillPrev (Plano Assistencial) desta Entidade, conforme item 5.1.8 do Regulamento, solicito o resgate do saldo de conta proveniente das contribuições efetuadas para meu (minha) cônjuge, ciente que o valor creditado pela Patrocinadora será devolvido a mesma.

Declaro estar ciente da incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário Progressivo.

Declaro ainda que, com este pagamento, encerrar-se-ão todas e quaisquer obrigações junto a CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar e a Patrocinadora.

Dia, de de

.....
Assinatura do Participante