

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE RENDA FINANCEIRA

Plano II - 01 de 01

Matrícula

Patrocinadora:

Assistido(a):

CPF:

Telefone:

e-mail:

Forma de recebimento Atual

Renda por

Eu,
na qualidade de Assistido do Plano de Aposentadoria acima indicado, administrado pela CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ. nº 58.926.825/0001-11, conforme prevê o item 10.2.1.2 do regulamento do plano, solicito alteração do meu benefício mensal de aposentadoria de acordo com a opção abaixo indicada:

NOVA FORMA DE RECEBIMENTO:

- ☐ Renda por prazo determinado em anos (entre 5 e 25 anos), apurada pela divisão do saldo de contas pelo nº de anos 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 ciente de que esta alteração será processada a partir de Janeiro, podendo ser alterada uma vez por ano, sempre no mês de dezembro.

Dia, de de

Assinatura do Participante