

REQUERIMENTO DE RESGATE PREVIDENCIAL

Plano II - 01 de 02

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:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
e-mail:			Telefone:
Banco:	Agência:	Conta Corrente:	

Eu,
na qualidade de contribuinte desta Entidade, tendo em vista meu desligamento definitivo da Patrocinadora e na data acima mencionada, de acordo com o prescrito no capítulo 9.1.4 do Regulamento do Plano de Benefícios, solicito o resgate do saldo de conta proveniente das minhas próprias contribuições feitas ao plano.

Declaro estar ciente da incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário escolhido quando da inclusão ao plano.

REQUERIMENTO DE RESGATE PREVIDENCIAL

Plano II - 02 de 02

FORMA DE RECEBIMENTO:

O saldo deverá ser por mim recebido da seguinte forma:

- Pagamento único;
- Parcelado em meses consecutivos. (limitado a 12 meses).

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

.....
CargillPrev Soc. de Previdência Complementar