

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE AUXÍLIO DOENÇA

Plano I - 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:	Número do Benefício do INSS:	
Data do Afastamento: (data da carta de concessão)	Data da Alta: (se ainda afastado, deixar em branco)	Benefício INSS: (valor apresentado na carta de concessão) R\$	
Salário Base (apenas para referência):		SRB (Calculada pela CargillPrev):	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
e-mail:			Telefone:
Banco:		Agência:	Conta Corrente:

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE AUXÍLIO DOENÇA

Plano I - 02 de 02

Conforme item 8.5 do Regulamento do Plano de Aposentadoria, desta Entidade, o participante será elegível ao benefício de Auxílio-Doença, a partir do 16º (décimo sexto) dia do afastamento desde que seja elegível ao benefício de auxílio-doença pela Previdência Social e não esteja recebendo da Patrocinadora qualquer outro benefício por invalidez. Este benefício será devido pelo período máximo de 12 (doze) meses, sendo do 1º (primeiro) ao 6º (sexto) mês 100% (cem por cento) da complementação, e do 7º (sétimo) mês ao 12º (décimo segundo) mês 75% (setenta e cinco por cento) da complementação.

DOCUMENTOS EXIGIDOS:

- a) Carta de Concessão de Benefício do INSS;
- b) Atestado médico;
- c) Comprovante de dados bancários;
- d) Cópia do documento pessoal.

Dia, de de

.....
Assinatura do Participante