PLANO I APOSENTADORIA CARGILLPREV

CargillPrev

# REQUERIMENTO DE AUTOPATROCINADO

Plano I - 01 de 02

**Matrícula**

**Patrocinadora:**

**Participante:**

**CPF:** **RG:** **Estado Civil:** **Sexo:** ◯ Masc.: ◯ Fem.:

**Data de Nasc.:** **Data de Admissão:** **Data da Demissão:**

**Endereço:**

**Bairro:** **Cidade:** **Estado:** **CEP:**

**e-mail:** **Telefone:**

## FORMA DE PAGAMENTO:

◯ **Boleto por e-mail** (dados acima)

◯ **Boleto por correio** (dados acima)

◯ **Débito em conta** (apenas Itaú)

**Agência:**

**Conta Corrente:**

Eu, .....
na qualidade de contribuinte da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo em vista o encerramento do meu vínculo empregatício com esta Patrocinadora, solicito a minha permanência ao Plano como contribuinte Autopatrocinado.

→



**(11) 5099 3725 - cargillprev_spom@cargill.com**

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6º andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP

**www.cargillprev.com.br**

CargillPrev

PLANO I APOSENTADORIA CARGILLPREV

CargillPrev

# REQUERIMENTO DE AUTOPATROCINADO

Plano I - 02 de 02

Sendo assim, concordo em assumir o valor abaixo discriminado que se refere ao mínimo obrigatório previsto no Regulamento, podendo ainda efetuar uma contribuição adicional de até 10% do SRB. Declaro que é de meu conhecimento que as contribuições sofrerão uma cobrança de taxa administrativa de 1,00% ao ano (0,0833% ao mês) que será descontado do patrimônio total (Conta de Participante e de Patrocinadora) no final de cada mês e que poderei aumentar/alterar minha contribuição anualmente no período de campanha, que ocorre em junho e em dezembro pelo site da CargillPrev. As contribuições serão efetuadas através de boleto bancário que será encaminhado para o endereço acima ou débito automático para clientes do Banco Itaú (conforme sua opção acima), com vencimento no último dia útil de cada mês.

| CONTRIBUIÇÃO MÍNIMA OBRIGATÓRIA BD | CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL CD | CONTRIBUIÇÃO CRÉDITO ESPECIAL |
|---|---|---|
| 3,87% | % (opcional) | 0,90% (opcional) |

## REQUISITOS EXIGIDOS:

**a)** Ter o término do vínculo empregaticio com a Patrocinadora.
**b)** Não ser elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal pela CargillPrev.
**c)** Não optar pelo Resgate de contribuições e nem pela Portabilidade.
**d)** A opção pelo Autopatrocinio não impede a posterior opção pelo BPD, Resgate ou Portabilidade.

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

.....
Assinatura do Participante



(11) 5099 3725 - cargillprev_spom@cargill.com

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6º andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP

www.cargillprev.com.br

CargillPrev