



## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE APÓS A APOSENTADORIA

Plano III - **01** de 02

**MATRÍCULA:** 

PATROCINADORA:			
PARTICIPANTE:			
CPF:	RG:	ESTADO CIVIL:	SEXO: FEM.:
DATA DE NASC.:		DATA DE ADMISSÃO:	
DATA DE DEMISSÃO.:		TIPO DE BENEFÍCIO	
PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA*		lla que desempenha ou tenha desempenhado, no: ou em outros países, territórios e dependências e acionamento próximo.	
CÔNJUGE:			
BENEFICIÁRIO 1:			
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	PARENTESCO:	SEXO: FEM.:
BANCO:		AGÊNCIA:	CONTA CORRENTE:
•••••			

Na qualidade de cônjuge do participante, acima mencionado, do Programa de Assistência Médica para Aposentados (Plano Mais Vida) da CargillPrev, tendo em vista o falecimento do mesmo e o cumprimento das condições de elegibilidade previstas no capítulo 6 do Regulamento do Plano, venho por meio desta requerer a continuidade do pagamento do benefício de Pensão por Morte após a Aposentadoria.







## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE APÓS A APOSENTADORIA

Plano III - **02** de 02

NOV	A FORMA DE RECEBIMENTO:
$\bigcirc$	Direito somente a Verba Vitalícia (Participante);
$\bigcirc$	Direito somente a Verba Vitalícia (Cônjuge);
$\bigcirc$	Direito somente ao Saldo de Conta (Participante);
$\bigcirc$	Direito somente ao Saldo de Conta (Cônjuge);
$\bigcirc$	Direito a Verba Vitalícia (Participante) e saldo de conta;
$\bigcirc$	Direito a Verba Vitalícia (Cônjuge) e saldo de conta.
Anex certio	o documentos comprobatórios dos beneficiários (CPF, RG, comprovante de residência, dão de casamento, nascimento e de óbito).
D:-	do

Requerimento de benefício pensão por morte antes da aposentadoria

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065 WhatsApp: (11) 5039-1628 cargillprev\_spom@cargill.com



Assinatura do Participante