CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO III MAIS VIDA CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE RESGATE DA RESERVA POR MORTE APÓS A APOSENTADORIA

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

CPF: RG: ESTADO CIVIL: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

DATA DE NASC.: DATA DE ADMISSÃO DATA DE DEMISSÃO: TIPO DE BENEFÍCIO:

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA*
◯ SIM ◯ NÃO

*Pessoa politicamente exposta é aquela que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em outros países, territórios e dependências estrangeiros, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

HERDEIROS LEGAIS:

NOME:

CPF: RG: ESTADO CIVIL: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

TELEFONE: BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

NOME:

CPF: RG: ESTADO CIVIL: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

TELEFONE: BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

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

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6° andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO III MAIS VIDA CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE RESGATE DA RESERVA POR MORTE APÓS A APOSENTADORIA

NOME:

CPF: RG: ESTADO CIVIL: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

TELEFONE: BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

NOME:

CPF: RG: ESTADO CIVIL: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

TELEFONE: BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

Na qualidade de herdeiros legais do assistido/pensionista, 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, vimos por meio desta requerer o pagamento da Reserva existente no Plano até a data do falecimento.

Temos ciência que o pagamento do referido Saldo de Conta distribuído proporcionalmente entre todos os herdeiros legais acima discriminados, determina a quitação de todas as obrigações desta Entidade relativas ao Plano Assistencial.

NOVA FORMA DE RECEBIMENTO:

◯ Direito somente ao Saldo de Conta do Assistido/Pensionista

Anexar documentos comprobatórios dos herdeiros (CPF, RG, comprovante de residência, comprovante de dados bancários e certidão de óbito).

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

Assinatura do Participante

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

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6° andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar