CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO III MAIS VIDA CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE **AUTOPATROCINADO**

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:

BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

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.

FORMA DE PAGAMENTO:

◯ Boleto por e-mail (dados acima)

◯ Boleto por correio (dados acima)

◯ Débito em conta (apenas Itaú)

Agência:

Conta Corrente:

Saldo Patrocinadora:

Saldo Participante:

Data Base:

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

REQUERIMENTO DE **AUTOPATROCINADO**

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.

Sendo assim, concordo em assumir o valor abaixo discriminado que se refere ao mínimo obrigatório previsto no Regulamento Complementar do Plano Mais Vida. As contribuições serão efetuadas através da opção acima com vencimento no último dia útil de cada mês, prorrogável até o 5° dia útil do mês subsequente.

PARTICIPANTE:

CONTRIBUIÇÃO MÍNIMA (CD)	CONTRIBUIÇÃO REPIQUE (CD)	TOTAL DE CONTRIBUIÇÃO

CÔNJUGE:

CONTRIBUIÇÃO MÍNIMA (CD)	CONTRIBUIÇÃO REPIQUE (CD)	TOTAL DE CONTRIBUIÇÃO

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;
d) A opção pelo Autopatrocinio não impede a posterior opção pelo BPD, Resgate ou Portabilidade.

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