CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO III MAIS VIDA CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE RESGATE MAIS VIDA

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.

Eu, ... na qualidade de contribuinte desta Entidade, tendo em vista meu desligamento definitivo da Patrocinadora e na data acima mencionada, de acordo com o prescrito no capítulo 9.1.3 do Regulamento do Plano Mais Vida solicito o resgate do saldo de de Participante, acrescido de percentual do saldo de Conta de Contribuição de Patrocinadora, com base no tempo Vinculação ao Plano, apurado na data do Término do Vínculo Empregatício do Participante, conforme tabela a seguir:

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 RESGATE PREVIDENCIAL

TEMPO VINCULAÇÃO AO PLANO (EM ANOS)	PERCENTUAL DA CONTA DE CONTRIBUIÇÃO DE PATROCINADORA
Até 3 anos incompletos	0%
de 3 completos a 4 incompletos	30%
de 4 completos a 5 incompletos	40%
de 5 completos a 6 incompletos	50%
de 6 completos a 7 incompletos	60%
de 7 completos a 8 incompletos	70%
de 8 completos a 9 incompletos	80%
de 9 completos a 10 incompletos	90%
a partir de 10 anos completos	100%

FORMA DE RECEBIMENTO:

O saldo deverá ser por mim recebido da seguinte forma:

- ○ Pagamento único;
- ○ Parcelado em ..... meses consecutivos. (limitado a 12 meses).

DOCUMENTOS EXIGIDOS:

a) Cópia do RG;

b) Comprovante de dados bancários;

Declaro estar ciente da incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário escolhido quando da inclusão ao plano.

Declaro ainda que, com este pagamento, encerrar-se-ão todas e quaisquer obrigações junto a CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar e a Patrocinadora.

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