

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE RENDA FINANCEIRA

Plano II - 01 de 01

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

ASSISTIDO(A):

CPF:

TELEFONE:

E-MAIL:

FORMA DE RECEBIMENTO ATUAL:

(RENDA POR)

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 Assistido do Plano de Benefícios acima indicado, administrado pela CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ. nº 58.926.825/0001-11, conforme prevê o item 10.2.1.2 do regulamento do plano, solicito alteração do meu benefício mensal de aposentadoria de acordo com a opção abaixo indicada:

NOVA FORMA DE RECEBIMENTO:

- Renda por prazo determinado em anos (entre 5 e 25 anos), apurada pela divisão do saldo de contas pelo nº de anos escolhido (vezes 13 meses);
- Renda por quotas de % (entre 0,1% e 2,0%) ao mês descontado do saldo de conta, referente ao mês imediatamente anterior ao do pagamento;
- Renda por valor de R\$ (entre 0,1% e 2,0% do saldo de conta) ao mês, mantendo-se fixo até a cessação do saldo ou nova solicitação de alteração.

Declaro estar ciente de que esta alteração será processada a partir de Janeiro, podendo ser alterada uma vez por ano, sempre no mês de dezembro.

Dia de de

Assinatura do Participante

**Requerimento de alteração
de renda financeira**

Atualizado em julho/2023

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