CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE **ANTES DA APOSENTADORIA**

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

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

DATA DE NASC.: DATA DO ÓBITO:

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.

BENEFICIÁRIO 1:

CPF: DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

BENEFICIÁRIO 2:

CPF: DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

BENEFICIÁRIO 3:

CPF: DATA DE NASCIMENTO: PARENTESCO: SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

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

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE **ANTES DA APOSENTADORIA**

BENEFICIÁRIO 4:

.....

CPF: ..... DATA DE NASCIMENTO: ..... PARENTESCO: ..... SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

BANCO: ..... AGÊNCIA: ..... CONTA CORRENTE: .....

BENEFICIÁRIO 5:

.....

CPF: ..... DATA DE NASCIMENTO: ..... PARENTESCO: ..... SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

BANCO: ..... AGÊNCIA: ..... CONTA CORRENTE: .....

Na qualidade de beneficiário(a) do participante, acima mencionado, do Plano de Benefícios desta Patrocinadora, tendo em vista o falecimento do mesmo e o cumprimento das condições de elegibilidade previstas no capítulo 8.5.2 do Regulamento do Plano de Benefícios, venho por meio deste requerer o pagamento do Benefício de Pensão por Morte antes da Aposentadoria.

O valor do benefício será pago conforme itens 8.5 e 10.2 do regulamento do Plano de Benefícios desta Patrocinadora.

FORMA DE RECEBIMENTO:

- ◯ Resgate de .....% saldo de contas, conforme capítulos 9 e 10;
- ◯ Renda por prazo determinado em .....anos (entre 5 e 25 anos);
- ◯ Renda por quotas de .....% (entre 0,1% e 2,0%);
- ◯ Renda por valor de R$.....(entre 0,1% e 2,0% do saldo de conta).

Declaro estar plenamente ciente de que a opção ora exercida é definitiva, não podendo mais ser alterada e que ocorrerá a incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário escolhido pelo participante. Anexo documentos comprobatórios (documento pessoal do participante e dos beneficiários, comprovante de residência, comprovante dos dados bancários e certidão de casamento, nascimento e 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