CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE **APÓS A APOSENTADORIA**

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

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

DATA DE NASC.: DATA DO ÓBITO:

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.

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 **APÓS A 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 8.5.3 do Regulamento do Plano de Benefícios, venho por meio deste requerer o pagamento do Benefício de Pensão por Morte após a Aposentadoria.

A pensão por morte será concedida aos beneficiários, cujo participante que na data do óbito já estava recebendo benefício.
A pensão consistirá da seguinte forma:

NOVA FORMA DE RECEBIMENTO:

- ◯ Renda por prazo determinado: serão pagas as parcelas restantes definidas até o esgotamento do saldo;
- ◯ Renda por quotas: pagamento a vista do saldo remanescente;
- ◯ Renda por valor: o valor mensal definido será pago aos beneficiários até o esgotamento do saldo.

Anexo documentos comprobatórios dos beneficiários (CPF, RG, comprovante de residência, certidão de casamento, nascimento e 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