REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA **PREVIDENCIAL**

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 / participante da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo cumprido as condições de elegibilidade previstas no capítulo 8 do Regulamento do Plano de Benefícios desta Patrocinadora, relativo ao benefício de aposentadoria, venho por meio deste requerer o pagamento de acordo com a opção abaixo indicada:

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 DE APOSENTADORIA **PREVIDENCIAL**

FORMA DE RECEBIMENTO:

- ◯ Resgate de.....% do saldo de contas, conforme Capítulo 10;
- ◯ Renda por prazo determinado em ..... anos (entre 5 e 25 anos), apurada pela divisão do saldo de contas pelo nº de meses escolhido (vezes 13 meses);
- ◯ Renda por quotas em ..... % (entre 0,1% e 2,0%) ao mês descontado do saldo de conta do Participante, podendo ser alterado o percentual desejado todo mês de Janeiro de cada ano;
- ◯ 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 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. Anexo documentos comprobatórios (CPF/RG ou CNH do participante e dos beneficiários, comprovante de residência, certidão de casamento e comprovante dos dados bancários) bem como a declaração dos meus dependentes e minha opção pelo Multiportfólio.

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

REQUERIMENTO DE OPÇÃO DO MULTIPORTFÓLIO

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSEN

Você só deve preencher este formulário caso a sua opção de recebimento do benefício seja **Renda por Cotas, Renda por Prazo ou Renda por Valor.**

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

.....

PARTICIPANTE:

.....

TIPO DE BENEFÍCIO ESCOLHIDO:

.....

OPÇÃO PERFIL DE INVESTIMENTOS (SELECIONE APENAS UMA OPÇÃO):

PERFIL ATUAL:

.....

NOVO PERFIL:

- ◯ PERFIL CICLO DE VIDA
- ◯ PERFIL SUPERCONSERVADOR
- ◯ PERFIL CONSERVADOR
- ◯ PERFIL MODERADO
- ◯ PERFIL ARROJADO
- ◯ PERFIL SUPER ARROJADO

Declaro estar ciente que só poderei alterar a alocação nos perfis de investimento nos períodos de campanha que ocorrem em junho e em dezembro.

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

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

TIPO DE BENEFÍCIO ESCOLHIDO:

BENEFICIÁRIO 1:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

PARENTESCO:

SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

DEP. DE IR: ◯ SIM ◯ NÃO

BENEFICIÁRIO 2:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

PARENTESCO:

SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

DEP. DE IR: ◯ SIM ◯ NÃO

BENEFICIÁRIO 3:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

PARENTESCO:

SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.:

DEP. DE IR: ◯ SIM ◯ NÃO

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

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

BENEFICIÁRIO 4:

.....

CPF: ..... DATA DE NASCIMENTO: ..... PARENTESCO: .....

SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.: ..... DEP. DE IR: ◯ SIM ◯ NÃO .....

BENEFICIÁRIO 5:

.....

CPF: ..... DATA DE NASCIMENTO: ..... PARENTESCO: .....

SEXO: ◯ MASC.: ◯ FEM.: ..... DEP. DE IR: ◯ SIM ◯ NÃO .....

Anexo documentos comprobatórios dos beneficiários (documento pessoal, comprovante de residência, certidão de casamento e nascimento).

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