CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE **AUXÍLIO DOENÇA**

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

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

DATA DE NASC.: (data da carta de concessão) DATA DE ADMISSÃO: (se ainda afastado, deixar em branco) NÚMERO DO BENEFÍCIO DO INSS: (valor apresentado na carta de concessão)

DATA DO AFASTAMENTO: DATA DA ALTA: BENEFÍCIO INSS: R$

SALÁRIO BASE (APENAS PARA REFERÊNCIA): SRB (CALCULADA PELA CARGILLPREV):

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.

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 **AUXÍLIO DOENÇA**

Conforme item 8.4 do Regulamento do Plano de Benefícios, desta Entidade, o participante será elegível ao benefício de Auxílio-Doença, a partir do 16° (décimo sexto) dia afastamento atestado por um clínico credenciado pela CargillPrev, desde que seja elegível ao benefício de auxílio-doença pela Previdência Social e não esteja recebendo da Patrocinadora qualquer outro benefício por invalidez. Este benefício será devido pelo período de 12 (doze) meses, sendo do 1° (primeiro) ao 6° (sexto) mês 100% (cem por cento) do seu salário real de benefício, do 7° (sétimo) mês ao 12° (décimo segundo) mês 75% (setenta e cinco por cento) do seu salário real de benefício (item 2.34).

DOCUMENTOS EXIGIDOS:

a) Carta de Concessão de Benefício do INSS;

b) Atestado médico;

c) Comprovante de dados bancários;

d) Cópia do documento pessoal.

Dia ....., de ..... de .....

....

Assinatura do Participante | CargillPrev Soc. de Previdência Complementar

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