CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO / INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE: CPF:

TELEFONE: E-MAIL:

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.:

BENEFICIÁRIO 2:

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

BENEFICIÁRIO 3:

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

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 ALTERAÇÃO / INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

BENEFICIÁRIO 4:

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

BENEFICIÁRIO 5:

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

Eu, ...
na qualidade de Participante do Plano de Benefícios administrado pela CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ. nº 58.926.825/0001-11, solicito alteração/inclusão dos meus Beneficiários Indicados conforme acima.

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

CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar