CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

# REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO



**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.

| PERCENTUAIS ATUAIS | NOVO PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO |
|---|---|
| Contribuição Básica | Contribuição Básica |
| Contribuição Voluntária | Contribuição Voluntária |

LOCAL:

## OPÇÃO DE ALTERAÇÃO:

Eu, .....
na qualidade de Participante do Plano de Benefícios acima indicado, administrado pela CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ. nº 58.926.825/0001-11, solicito alteração (redução) do meu percentual de contribuição.

Declaro estar ciente de que este percentual só poderá ser alterado (aumento) no período de junho e dezembro conforme as campanhas de alteração da CargillPrev.

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