CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO DE CONTRIBUIÇÃO

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE: CPF:

TELEFONE: E-MAIL:

DATA DE SUSPENSÃO
/ /

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.

OPÇÃO DE ALTERAÇÃO:

Eu, ...
na qualidade de participante contribuinte do plano de previdência, administrado pela CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, inscrita no CNPJ. n° 58.926.825/0001-11, solicito a suspensão de minhas contribuições básica e/ou voluntária, conforme previsto no Capítulo 7, cláusula 7.1.6 do Regulamento do Plano de Benefícios da CargillPrev.

Declaro estar ciente de que só poderei voltar a contribuir na próxima Campanha de Alteração Semestral, solicitando a retomada dos descontos nos meses de Junho ou Dezembro.

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