CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO II BENEFÍCIOS CARGILLPREV

# REQUERIMENTO DE **AUTOPATROCINADO**



**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.

**FORMA DE PAGAMENTO:**

◯ Boleto por e-mail (dados acima)

◯ Boleto por correio (dados acima)

◯ Débito em conta (apenas Itaú)

Agência:

Conta Corrente:



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 **AUTOPATROCINADO**



Eu, .....
na qualidade de contribuinte da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo em vista o encerramento do meu vínculo empregatício com esta Patrocinadora, solicito a minha permanência ao Plano como contribuinte Autopatrocinado.

Sendo assim, concordo em assumir o valor abaixo discriminado que se refere ao mínimo obrigatório previsto no Regulamento, podendo ainda efetuar a Contribuição Básica, de 0,5% a 7,5%, do meu último salário, e assumindo o Repique da Patrocinadora sobre as minhas contribuições, equivalente a 150% da Contribuição Básica. Declaro que é de meu conhecimento que as contribuições sofrerão uma cobrança de taxa administrativa de 1,00% ao ano (0,0833% ao mês) que será descontado do patrimônio total (contribuições do Participante , Patrocinadora e recursos portados) no final de cada mês e que poderei aumentar/alterar minha contribuição semestralmente no período de Campanha de Alteração de Contribuição e Perfis de Investimento realizada pela CargillPrev. As contribuições serão efetuadas através de boleto bancário que será encaminhado de acordo com a minha opção acima, com vencimento no último dia útil de cada mês, prorrogavél até o 5° dia útil do mês subsequente.

| CONTRIBUIÇÃO (CD) - 0,5% A 7,5% | CONTRIBUIÇÃO PATROCINADORA (150% CONTR. CD) |
|---|---|
| | 150% |

## REQUISITOS EXIGIDOS:

a) Ter o término do vínculo empregaticio com a Patrocinadora.
b) Não ser elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal pela CargillPrev.
c) Não optar pelo Resgate de contribuições e nem pela Portabilidade.
d) A opção pelo Autopatrocinio não impede a posterior opção pelo BPD, Resgate ou Portabilidade.

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