CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO I APOSENTADORIA CARGILLPREV

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ** PREVIDENCIAL

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.

Eu, ...
na qualidade de contribuinte / participante da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo cumprido as condições de elegibilidade previstas no capítulo 8.3 do Regulamento do Plano de Aposentadoria desta Patrocinadora, relativo ao benefício de aposentadoria, venho por meio deste requerer o pagamento de acordo com a opção abaixo indicada:

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 **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ** PREVIDENCIAL

FORMA DE RECEBIMENTO:

- ◯ Benefício mínimo, conforme capítulo 8.8;
- ◯ Resgate de .....% saldo de contas, conforme capítulo 8.3.2;
- ◯ Renda vitalícia com continuação do benefício para os beneficiários após o meu falecimento;
- ◯ Renda por prazo determinado em .....anos (entre 5 e 25 anos), apurada pela divisão do saldo de contas pelo n° de meses escolhido (vezes 13 meses);
- ◯ Renda por quotas de .....% (entre 0,1% e 2,0%) ao mês descontado do saldo de conta, referente ao mês imediatamente anterior ao do pagamento;
- ◯ Renda por valor de R$ ..... (entre 0,1% e 2,0% do saldo de conta) ao mês, mantendo-se fixo até a cessação do saldo ou nova solicitação de alteração.

Declaro estar plenamente ciente de que a opção ora exercida é definitiva, não podendo mais ser alterada e que ocorrerá a incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com o Regime Tributário escolhido. Anexo documentos comprobatórios (documento pessoal do participante e dos beneficiários, comprovante de residência, certidão de casamento, comprovante dos dados bancários e declaração de saída definitiva do país, se residente no exterior) bem como a declaração dos meus dependentes e minha opção pelo Multiportfólio.

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

REQUERIMENTO DE OPÇÃO DO MULTIPORTFÓLIO

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSEN

Você só deve preencher este formulário caso a sua opção de recebimento do benefício seja **Renda por Cotas, Renda por Prazo ou Renda por Valor.**

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

.....

PARTICIPANTE:

.....

TIPO DE BENEFÍCIO ESCOLHIDO:

.....

OPÇÃO PERFIL DE INVESTIMENTOS (SELECIONE APENAS UMA OPÇÃO):

PERFIL ATUAL:

.....

NOVO PERFIL:

- ◯ PERFIL CICLO DE VIDA
- ◯ PERFIL SUPERCONSERVADOR
- ◯ PERFIL CONSERVADOR
- ◯ PERFIL MODERADO
- ◯ PERFIL ARROJADO
- ◯ PERFIL SUPER ARROJADO

Declaro estar ciente que só poderei alterar a alocação nos perfis de investimento nos períodos de campanha que ocorrem em junho e em dezembro.

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

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

TIPO DE BENEFÍCIO ESCOLHIDO:

BENEFICIÁRIO 1:

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

BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

BENEFICIÁRIO 2:

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

BANCO: AGÊNCIA: CONTA CORRENTE:

BENEFICIÁRIO 3:

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

BANCO: 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

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

BENEFICIÁRIO 4:

.....

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

BANCO: ..... AGÊNCIA: ..... CONTA CORRENTE: .....

BENEFICIÁRIO 5:

.....

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

BANCO: ..... AGÊNCIA: ..... CONTA CORRENTE: .....

Anexo documentos comprobatórios dos beneficiários (documento pessoal, comprovante de residência, certidão de casamento e nascimento).

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