CargillPrev
Sociedade de Previdência Complementar

PLANO I APOSENTADORIA 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 uma contribuição adicional de até 10% do SRB. 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 (Conta de Participante e de Patrocinadora) no final de cada mês e que poderei aumentar/alterar minha contribuição anualmente no período de campanha, que ocorre em junho e em dezembro pelo site da CargillPrev. As contribuições serão efetuadas através de boleto bancário que será encaminhado para o endereço acima ou débito automático para clientes do Banco Itaú (conforme sua opção acima), com vencimento no último dia útil de cada mês.

CONTRIBUIÇÃO MÍNIMA OBRIGATÓRIA BD	CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL CD	CONTRIBUIÇÃO CRÉDITO ESPECIAL
4,69%	**% (opcional)**	**1,09% (opcional)**

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