

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA

Plano III - 01 de 02

MATRÍCULA:

PATROCINADORA:

PARTICIPANTE:

CPF:	RG:	ESTADO CIVIL:	SEXO: <input type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> 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* <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> 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 do Regulamento do Plano Assistencial desta Patrocinadora, venho por meio deste requerer o pagamento do benefício.

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA

Plano III - 02 de 02

FORMA DE RECEBIMENTO:

- Somente ao Saldo de Conta (Participante);
- Somente ao Saldo de Conta (Cônjuge);
- Saldo de Conta (Participante e Cônjuge);
- Verba Vitalícia (Participante) e Saldo de Conta;
- Verba Vitalícia (Cônjuge) e Saldo de Conta;
- Verba Vitalícia (Participante e Cônjuge);
- Resgate integral do saldo de conta.

Dia de de

.....
Assinatura do Participante

Requerimento de benefício de aposentadoria previdencial

Atualizado em julho/2023

Tel: (11) 5099-3020 | 0800 761 0065
WhatsApp: (11) 5039-1628
cargillprev_spom@cargill.com

Av. Dr. Chucri Zaidan, 1.240 - 6º andar, Diamond Tower
Vila São Francisco, 04 711 130 - São Paulo-SP
www.cargillprev.com.br