

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD)

Plano I - 01 de 01

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:

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, _____, tendo cumprido as condições de elegibilidade abaixo relacionadas e previstas no item 9.1.4 do Regulamento do Plano de Aposentadoria - Plano I, correspondentes ao Benefício Proporcional Diferido, formalizo a minha opção, estando ciente que a qualquer momento, atendendo as regras das seguintes opções, poderei optar pelo Autopatrocínio, pela Portabilidade ou pelo Resgate, cujos valores serão apurados nos respectivos termos previstos neste Regulamento. Caso não formalize nenhuma destas opções, o saldo ficará retido no Plano até que se complete 55 (cinquenta e cinco) anos de idade, iniciando o recebimento da Aposentadoria. Declaro que é de meu conhecimento a cobrança de taxa administrativa de 1% ao ano (0,0833% ao mês) que será descontada do patrimônio total no final de cada mês.

REQUISITOS EXIGIDOS:

- Ter o término do vínculo empregatício com a Patrocinadora.
- Ter no mínimo 3 anos de Serviço Creditado.
- Não ser elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal pela CargillPrev.
- Não optar pelo Resgate de contribuições e nem pela Portabilidade.

Dia _____, de _____ de _____

Assinatura do Participante

**Requerimento de benefício
proporcional diferido (BPD)**

Atualizado em julho/2023

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