CargillPrev

FORMULÁRIO: TERMO DE ADESÃO

NOME: MATRÍCULA:

DATA DE ADMISSÃO: CPF: DATA DE NASCIMENTO: LOCAL FÍSICO:

E-MAIL: TELEFONE:

ENDEREÇO: CIDADE/ESTADO: CEP:

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.

Por este formulário manifesto minha opção em aderir ao Plano de Benefícios da CargillPrev, iniciando minhas contribuições e autorizando a Patrocinadora a descontar mensalmente do meu salário, os percentuais definidos abaixo:

Contribuição Básica (com repique de 150%)		Percentual de contribuição mensal
Salários até R$ 5.523,58 (1 UP)	Desconto fixo de 2% de 1 UP	R$ 110,48 (fixo)
Salários acima R$ 5.523,58	Mínimo 0,5% e Máximo 7,5% (sobre a parcela que exceder 1 UP)	

Contribuição Voluntária (Opcional - sem repique)		Percentual de contribuição mensal
Salário base de INSS	Até 10% do salário base	

Opção Perfil de Investimentos (selecione apenas uma opção)
( ) Perfil CICLO DE VIDA
( ) Perfil SUPER CONSERVADOR
( ) Perfil CONSERVADOR
( ) Perfil MODERADO
( ) Perfil ARROJADO
( ) Perfil SUPER ARROJADO

Opção de tributação: Progressiva ou Regressiva
( ) Declaro que estou de acordo que irei optar pelo regime de tributação, somente na concessão do benefício.

Declaro verdadeiras as informações prestadas neste Termo de Adesão e assumo responsabilidade de mantê-las atualizadas, através dos canais oficiais disponibilizados pela CargillPrev.

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