

# REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR **INCAPACIDADE**

Plano II - 01 de 04

NOME COMPLETO:

CPF: ESTADO CIVIL: SEXO: DATA DE NASC.:

☐ MASC.: ☐ FEM.:

ENDEREÇO:

BAIRRO: CIDADE: ESTADO: CEP:

E-MAIL: TELEFONE:

BANCO: AGÊNCIA: CONTA: TIPO:

☐ CORRENTE ☐ POUPANÇA

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 participante da CargillPrev Sociedade de Previdência Complementar, tendo cumprido as condições de elegibilidade previstas no capítulo 8 do Regulamento do Plano de Benefícios desta Patrocinadora, relativo ao benefício por incapacidade, venho por meio deste requerer o pagamento de acordo com a opção abaixo indicada:

# REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE

Plano II - 02 de 04

## FORMA DE RECEBIMENTO:

Saque a vista de .....% do saldo de contas, conforme Capítulo 10;

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 em .....% (entre 0,1% e 2,0%) ao mês descontado do saldo de conta do Participante, podendo ser alterado o percentual desejado todo mês de Janeiro de cada ano;

Renda fixa em 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;

Pagamento único do saldo.

## REGIME TRIBUTÁRIO:

Declaro estar ciente que a opção pelo Regime Tributário é irrevogável e:

(I) Se em algum momento foi realizado Resgate parcial antes do preenchimento deste requerimento, estou ciente que o Regime Tributário já formalizado anteriormente está registrado em meu cadastro e será aplicado na Aposentadoria.

(II) Caso não tenha optado anteriormente por um Regime Tributário, formalizo a minha opção pelo:

- ☐ **Progressivo** – o desconto do imposto de renda será 15% na fonte, a título de antecipação, sendo compensável na declaração de ajuste anual, ou seja, de acordo com os valores declarados será possível restituir ou pagar a diferença de até 12,5% sobre o valor resgatado, totalizando um imposto de até 27,5%.
- ☐ **Regressivo** – o desconto de imposto de renda será de acordo com o tempo que cada contribuição permaneceu investido. A alíquota inicia em 35% e diminui 5% a cada dois anos que a contribuição foi realizada até chegar ao mínimo de 10% em 10 anos. Desta forma, poderá ser aplicada mais de uma alíquota de imposto de renda sobre o resgate, dependendo da data da realização de cada contribuição. Esta tributação é exclusiva, não sendo compensável na declaração de ajuste anual.
- ☐ **Residente fiscal no exterior** – Se residente fiscal no exterior será aplicada a tributação conforme legislação vigente. Nesta opção é obrigatório o envio do comprovante de saída definitiva do país.

Declaro estar plenamente ciente de que a opção ora exercida é irrevogável e irretroatável, não podendo ser alterada posteriormente, bem como de que haverá incidência de Imposto de Renda Retido na Fonte, de acordo com o regime tributário por mim escolhido.

Anexo os documentos comprobatórios necessários, incluindo CPF e RG ou CNH do participante e dos beneficiários, comprovante de residência, certidão de casamento, comprovante dos dados bancários, declaração de dependentes, termo de opção pelo Multiportfólio e documento emitido pela Previdência Social que comprove a concessão de aposentadoria por invalidez junto ao INSS.

# REQUERIMENTO DE OPÇÃO DO MULTIPORTFÓLIO (ANEXO REQUERIMENTO DE APOSEN)

Plano II - 03 de 04

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.**

## 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.

## RELAÇÃO DE DEPENDENTES

(ANEXO REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA)

Plano II - 04 de 04

NOME COMPLETO:

|      |                     |                                                          |
|------|---------------------|----------------------------------------------------------|
| CPF: | DATA DE NASCIMENTO: | PARENTESCO:                                              |
|      |                     |                                                          |
|      |                     | SEXO:                                                    |
|      |                     | <input type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> FEM.: |
|      |                     | DEP. DE IR:                                              |
|      |                     | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO      |

NOME COMPLETO:

|      |                     |                                                          |
|------|---------------------|----------------------------------------------------------|
| CPF: | DATA DE NASCIMENTO: | PARENTESCO:                                              |
|      |                     |                                                          |
|      |                     | SEXO:                                                    |
|      |                     | <input type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> FEM.: |
|      |                     | DEP. DE IR:                                              |
|      |                     | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO      |

NOME COMPLETO:

|      |                     |                                                                     |
|------|---------------------|---------------------------------------------------------------------|
| CPF: | DATA DE NASCIMENTO: | PARENTESCO:                                                         |
|      |                     |                                                                     |
|      |                     | SEXO:                                                               |
|      |                     | <input checked="" type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> FEM.: |
|      |                     | DEP. DE IR:                                                         |
|      |                     | <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO      |

NOME COMPLETO:

|      |                     |                                                          |
|------|---------------------|----------------------------------------------------------|
| CPF: | DATA DE NASCIMENTO: | PARENTESCO:                                              |
|      |                     |                                                          |
|      |                     | SEXO:                                                    |
|      |                     | <input type="radio"/> MASC.: <input type="radio"/> FEM.: |
|      |                     | DEP. DE IR:                                              |
|      |                     | <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO      |

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

Dia ..... de ..... de .....

Assinatura do Participante