



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

BENEFÍCIO REQUERIDO

- BENEFÍCIO PROGRAMADO BENEFÍCIO POR FALECIMENTO
 BENEFÍCIO TEMPORÁRIO BENEFÍCIO POR INVALIDEZ

OPÇÕES DE PAGAMENTO

Esgotado o saldo da conta de benefício concedido, cessam os pagamentos de benefícios pelo plano

O Participante que tiver direito a receber qualquer um dos benefícios de aposentadoria poderão optar, na data do requerimento do benefício, por receber até 50% (cinquenta por cento) do Saldo de conta aplicável em uma única parcela. O saldo remanescente será transformado em renda mensal, de acordo com uma das opções descritas abaixo:

Deseja resgatar 50% ? SIM (), informe o valor: R\$ _____ NÃO ()

O saldo remanescente opto pelo seguinte tipo de renda:

() Renda mensal por prazo determinado, fixa em quantidade de cotas em _____ anos (não poderá ser inferior a 5 anos.

() Renda mensal por prazo determinado equivalente à aplicação de um percentual de _____% (entre 0,3% e 2% mensalmente.

() renda mensal de valor monetário em percentual de _____% do saldo de conta aplicável (não pode ser superior a 2%.

O benefício mensal previsto no plano família BRF Previdência de valor inferior a 1 (uma) Unidade de Referência - UR na data de início do benefício será transformado em pagamento único correspondente ao valor do saldo de conta aplicável.

Após a concessão do benefício, o assistido ou o beneficiário assistido poderá alterar o percentual, o prazo de recebimento ou o valor monetário do seu benefício nos meses definidos pela entidade, para vigorar nos meses subsequentes, bem como alterar a forma de recebimento dentre as alternativas previstas no regulamento do plano.

DADOS DO PARTICIPANTE ou PENSIONISTA

Nome completo:

CPF:

ID (beneficiário BRF):

E-mail:

Telefone com DDD:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Estado:

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco (bradesco, itaú, caixa ou outros)	Agência:	Conta:
Por favor, informe o tipo de conta, obrigatório o envio da cópia do comprovante (cartão do banco, cheque ou cabeçalho do extrato)	CORRENTE ()	POUPANÇA ()

Os benefícios do plano família não exigem concessões de benefícios pela Previdência Social, exceto benefícios por

BENEFICIÁRIOS

Nome completo:	Grau de parentesco
Nome completo:	Grau de parentesco
Nome completo:	Grau de parentesco
Nome completo:	Grau de parentesco

Assinatura

cidade e data

OBS: utilizar necessariamente caneta azul ou preta para o preenchimento e assinatura do formulário

carimbo BRF Previdência



Av. Paulista, 2439, 10º andar, conj. 101 - Bela Vista - CEP: 01311-936 - São Paulo - SP
atendimento@brfprevidencia.com.br 0800 702 44 22