



## SUSPENSÃO, ALTERAÇÃO e RETOMADA DE CONTRIBUIÇÕES

### Plano Família BRF Previdência

#### DADOS DO PARTICIPANTE

**Atenção**

- Por favor, preencher todos os campos do formulário com letras legíveis
- Preencher todos os campos obrigatoriamente

Nome completo:

CPF:

ID (funcionário BRF):

fone fixo com DDD (residencial):

Celular com DDD:

E-mail pessoal (é necessário):

E-mail corporativo (funcionário BRF):

#### Assinale a sua opção

(  ) Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição **básica** por um período de até 6 (seis) meses, podendo ser renovada por períodos sucessivos ou não;

A suspensão do pagamento da contribuição básica não influencia na contribuição de risco que poderá ser mantida para que o participante não perca a cobertura do capital segurado durante o período de suspensão da contribuição básica;

Durante o período de suspensão da Contribuição Básica, o Participante compartilhará o custeio das despesas administrativas por meio de taxa de carregamento e/ou taxa de administração;

Findo o prazo de suspensão pelo Participante, a cobrança da contribuição básica será retomada automaticamente.

(  ) Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição **voluntária**.

(  ) Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição **eventual**.

(  ) Autorizo **ALTERAR** ou **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica. R\$ \_\_\_\_\_

(  ) Autorizo **ALTERAR** ou **RETOMAR** desconto da contribuição voluntária. R\$ \_\_\_\_\_

(  ) Autorizo **ALTERAR** ou **RETOMAR** o desconto da contribuição eventual. R\$ \_\_\_\_\_

**\*RETOMAR se aplica a participantes que suspenderam suas contribuições e querem voltar a contribuir.**

(  ) Cancelar o plano de previdência

**Formulários com dados incompletos, letras ilegíveis, sem telefones e e-mail serão devolvidos**

\_\_\_\_\_  
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