REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS - PLANO III

BENEFÍCIO REQUERIDO

- ☐ APOSENTADORIA NORMAL
- ☐ APOSENTADORIA ANTECIPADA
- ☐ APOSENTADORIA POR INVALIDEZ
- ☐ PENSÃO POR MORTE APÓS A APOSENTADORIA
- ☐ PENSÃO POR MORTE ANTES DA APOSENTADORIA
- ☐ BENEFÍCIO PROPORCIONAL

OPÇÕES DE PAGAMENTO

O Benefício de Pensão por Morte não será concedido aos Beneficiários do Participante que por ocasião do falecimento estava aguardando preencher as condições para percepção do Benefício Proporcional.

O Participante que tiver direito a receber um Benefício de Aposentadoria ou Benefício Proporcional e o Beneficiário de Participante que não estava em gozo de Benefício quando do seu falecimento poderão optar, na data do requerimento do Benefício, por receber até 25% (vinte e cinco 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 efetuar resgate parcial do saldo ?

SIM ( ) INFORMAR PERCENTUAL (limitado até 25% do saldo):_____% NÃO ( )

Para o saldo remanescente opto pelo seguinte tipo de renda:

( ) Renda mensal por Prazo Determinado de _____anos (5 a 25 anos)

( ) Renda mensal Fixa em Reais equivalente a _____% do saldo de conta aplicável (de 0,3% a 1,2%)

O benefício mensal previsto no Plano III de valor inferior a 5% (cinco por cento) da Unidade de Referência URB III na data de Início do Benefício será transformado em pagamento único correspondente ao valor do Saldo de Conta Aplicável.

Opção for por Renda Mensal Definida em Reais: Anualmente**,** nos meses de novembro e dezembro**,** o participante poderá solicitar por escrito a alteração do valor a ser pago a partir de janeiro do exercício seguinte, observando os limites de no mínimo 0,3% e no máximo 1,2% do saldo de conta aplicável.

DADOS DO PARTICIPANTE ou PENSIONISTA

Nome completo:			
CPF:		ID:	
E-mail:		Telefone com DDD:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	CEP:	Estado:

ASSINALE A SUA OPÇÃO PELA TABELA DO IMPOSTO DE RENDA (a ser aplicada sobre os valores resgatados ou benefícios recebidos)

( ) TABELA PROGRESSIVA

Estou ciente de que, optando pelo regime da tabela progressiva, os eventuais recursos recebidos a título de resgate estarão sujeitos à incidência de imposto de renda na fonte à alíquota de 15%, independentemente do valor do resgate, como antecipação do devido na declaração de ajuste anual. Os benefícios serão tributados, na fonte, de acordo com a tabela progressiva do imposto de renda, e levados a ajuste na declaração anual.

Rendimento (R$)	Alíquota	Dedução
Até 2.112,00	-	-
De 2.112,01 até 2.826,65	7,5	158,4
De 2.826,66 até 3.751,05	15	370,4
De 3.751,06 até 4.664,68	22,5	651,73
Acima de 4.664,68	27,5	884,96

Valores e alíquotas vigentes em mai/2023

( ) TABELA REGRESSIVA

Estou ciente de que esta opção é irretratável, mesmo na hipótese de eventual transferência ou portabilidade, e dela resultará que os valores recebidos a título de resgate ou benefício estarão sujeitos à incidência, na fonte, do imposto de renda calculado de acordo com as alíquotas aplicáveis nesse regime, em caráter definitivo e, portanto, não sujeitos a ajustes na declaração anual.

As alíquotas aplicáveis para determinação do imposto de renda devido serão estabelecidas com base no prazo de acumulação dos recursos, que será o tempo decorrido entre o aporte dos recursos no plano e o pagamento do resgate ou benefício.

PRAZO DE ACUMULAÇÃO	ALÍQUOTA DE IR NA FONTE
Até 2 anos	35%
De 2 a 4 anos	30%
De 4 a 6 anos	25%
De 6 a 8 anos	20%
De 8 a 10 anos	15%
Mais de 10 anos	10%

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 III não exigem concessões de benefícios pela Previdência Social, exceto benefícios de aposentadoria por invalidez e pensão por morte.

Pensão que requer representante de TUTOR ou CURADOR

Nome completo (do TUTOR ou CURADOR):	
CPF:	RG:

Esta concessão requer comprovação da condição de TUTOR OU CURADOR

DEPENDENTES / BENEFICIÁRIOS			
nome	**Nascimento**	I.R **S** ☐ **N** ☐	**BENEFICIARIO** **S** ☐ **N** ☐
nome	**Nascimento**	I.R **S** ☐ **N** ☐	**BENEFICIARIO** **S** ☐ **N** ☐
nome	**Nascimento**	I.R **S** ☐ **N** ☐	**BENEFICIARIO** **S** ☐ **N** ☐
nome	**Nascimento**	I.R **S** ☐ **N** ☐	**BENEFICIARIO** **S** ☐ **N** ☐
nome	**Nascimento**	I.R **S** ☐ **N** ☐	**BENEFICIARIO** **S** ☐ **N** ☐
nome	**Nascimento**	I.R **S** ☐ **N** ☐	**BENEFICIARIO** **S** ☐ **N** ☐

_____ Assinatura

_____ cidade e data

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 brfprevidencia@brf-br.com / 0800 702 44 22