TERMO DE ADESÃO PLANO III - 2024

Plano de Benefícios III	**CNPB:** 2011.0016-92

Informe onde você trabalha:

( ) BRF S.A. ( ) BRF Previdência ( ) CRED BRF ( ) HERCOSUL ALIMENTOS ( ) HERCOSUL TRANSPORTES ( ) MOGIANA ALIMENTOS S/A

Nome completo:		ID:
CPF:	E-mail pessoal (é necesário):	
Celular com DDD:	E-mail corporativo:	
Endereço:		Nº
Bairro:	Cidade:	Estado:

Declaro ter recebido nesta data as informações sobre o Plano de Benefícios III, patrocinado pela empresa acima assinalada, e formalizo minha opção pelo referido Plano. Declaro ainda ter recebido Informações sobre o Regulamento e o Estatuto da BRF Previdência, assim como o Certificado do Participante e ciencia da disponibilidade de todos itens no site www.brfprevidencia.com.br

OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Autorizo a Empresa Patrocinadora a efetuar os descontos em folha de pagamento relativos às contribuições para o Plano de Benefícios III, de acordo com as opções abaixo:

CONTRIBUIÇÃO BÁSICA (empresa contribui com o mesmo valor para você)	**CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR** (não há contrapartida da empresa)
A contribuição básica é **obrigatória** e efetuada mensalmente. 1,5% (sobre a parcela do salário até R$ 5.976,52) 4,0% (sobre a parcela do salário entre R$ 5.976,53 a R$ 9.861,26) **5,0%** (sobre a parcela do salário que exceder a R$ 9.861,26) **( ) 6% ( ) 7%** (caso deseje optar por um percentual acima dos 5%, somente para a parcela do salário que exceder a R$ 9.861,26)	A contribuição suplementar é **facultativa,** para o participante que deseja depositar mais que a alíquota máxima da contribuição básica. **( ) R$**_____,_____ **OU** **( )** _____**% (não inferior a 1%)** sobre o Salário de Participação Periodicidade: ( ) Única ( ) Mensal ( ) Bimestral ( ) Trimestral ( ) Semestral

BENEFICIÁRIOS - Para o fim de recebimento de Pensão por Morte
(cônjuge, filhos e/ou enteados solteiros até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário)

Nome:	CPF:	Parentesco:
Nome:	CPF:	Parentesco:
Nome:	CPF:	Parentesco:
Nome:	CPF:	Parentesco:

BENEFICIÁRIOS INDICADOS - Para o fim de recebimento de Pensão por Morte - caso não haja Beneficiário acima. (qualquer pessoa física - por exemplo: pai, mãe, filhos casados ou maiores de 21 anos, enteados, tio, etc..)	
Nome:	CPF:
Nome:	CPF:
Nome:	CPF:

ENQUADRAMENTO COMO PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

É considerada pessoa politicamente exposta o agente público (deputado, senador, procurador da república, ministro de estado, membro do STF), seus familiares (parentes, na linha direta, até primeiro grau, cônjuge, companheiro/a, enteado/a), representantes e estreitos colaboradores que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, no Brasil ou exterior, cargo, emprego ou função pública relevante (confira mais detalhes no site www.brfprevidencia.com.br)

VOCÊ SE ENQUADRA NA CONDIÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA ? **( ) SIM** **( ) NÃO**

Declaro, para os fins de que trata a Instrução nº 34, de 28/10/2020 da PREVIC, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade, pelas quais me responsabilizo quanto a veracidade e exatidão.

LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

Ao informar os dados eu:

☐ Autorizo o compartilhamento das informações fornecidas, nos termos da Lei nº 13.709/14, inclusive para receber informações sobre produtos, serviços e oportunidades financeiras por meio dos canais oficiais da BRF Previdência.

☐ Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais fornecidos nesse termo de adesão utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos no Regulamento do PLANO aderido.

_____
Assinatura do participante

_____
Cidade e data

Av. Paulista, 2439, 10º andar, conj. 101 - Bela Vista - CEP: 01311-936 - São Paulo - SP
atendimento@brfprevidencia.com.br 0800 702 44 22 whatsapp: 11 96325-9487