

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:	Data de admissão:
CPF:	E-mail pessoal (é necessário):	
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 ciência 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) A contribuição básica é obrigatória e efetuada mensalmente. 1,5% (sobre a parcela do salário até R\$ 6.265,26) 4,0% (sobre a parcela do salário entre R\$ 6.265,26 a R\$ 10.337,68) 5,0% (sobre a parcela do salário que exceder a R\$ 10.337,68) <input type="checkbox"/> 6% <input type="checkbox"/> 7% (caso deseje optar por um percentual acima dos 5%, somente para a parcela do salário que exceder a R\$ 10.337,68)	CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR (não há contrapartida da empresa) A contribuição suplementar é facultativa , para o participante que deseja depositar mais que a alíquota máxima da contribuição básica. <input type="checkbox"/> R\$ _____ OU <input type="checkbox"/> _____ % (não inferior a 1%) sobre o Salário de Participação Periodicidade: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> 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:	Dt nasc	CPF:	Parentesco:
Nome:	Dt nasc	CPF:	Parentesco:
Nome:	Dt nasc	CPF:	Parentesco:
Nome:	Dt nasc	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:	Dt nasc	CPF:	Parentesco:
Nome:	Dt nasc	CPF:	Parentesco:
Nome:	Dt nasc	CPF:	Parentesco:

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