



TERMO DE ADESÃO

Plano Família BRF Previdência

CNPB: 2020.0029-65

Assinale a empresa do funcionário participante:

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

*** ATENÇÃO:** os dados a seguir são da pessoa que será titular do plano. Pode ser um funcionário participante ou alguém da família desse participante. De forma bem simples, TITULAR é a pessoa que faz adesão ao plano, mesmo que o plano seja pago pelo responsável financeiro.

*** FUNCIONÁRIO PARTICIPANTE** é o funcionário BRF que tem um dos planos de previdência (II, III ou FAF).

*** Preencher todos os campos (obrigatoriamente).**

Nome completo (titular do plano)

RG:	Data de expedição:	Estado:	Data de nascimento.:
-----	--------------------	---------	----------------------

CPF:	E-mail pessoal:
------	-----------------

Celular com DDD:	E-mail corporativo:
------------------	---------------------

Endereço:	Nº
-----------	----

CEP:	Bairro:	Cidade:	Estado
------	---------	---------	--------

Nome da mãe:	Grau de parentesco com funcionário participante:
--------------	--

ATENÇÃO: o nome abaixo é do funcionário participante, mesmo que a pessoa seja, também, titular do plano família. Nesse caso, ficaria o mesmo nome no campo acima e aqui.

Nome completo (funcionário participante)	ID:	Data admissao:	CPF:
--	-----	----------------	------

Declaro ter recebido nesta data as informações sobre o **Plano Família BRF Previdência**, patrocinado pela empresa acima assinalada, e formalizo minha opção pelo referido Plano. Declaro ainda ter recebido informações quanto o Regulamento, o Estatuto da BRF Previdência, assim como o Certificado do Participante e disponibilização destes itens no site: www.brfprevidencia.com.br

OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

<p>Contribuição básica, mensal e obrigatória, de livre escolha. Pode ser alterado, a qualquer tempo, mediante formulário enviado à Entidade.</p> <p><input type="checkbox"/> Contribuição básica. R\$ _____</p> <p>Cobtribuição de risco, mensal e obrigatória, para o Participante que tenha optado pela contratação do Capital Segurado. Poderá ser contratado o capital segurado, exclusivamente, para o evento de morte e invalidez ou para ambos. Não sendo estas passíveis de restituição pelo participante ou assistido, em qualquer hipótese.</p> <p>O valor da contribuição de risco é livremente escolhida pelo Participante, dentre as opções disponibilizadas pela Sociedade Seguradora.</p> <p>A contratação se dará, exclusivamente, por meio da entidade, nos termos definidos na apólice do seguro.</p> <p><input type="checkbox"/> Contribuição de risco. R\$ _____</p>	<p>Contribuição voluntária, de caráter facultativa, será realizada por qualquer participante ou assistido no valor e periodicidade por eles escolhidos.</p> <p><input type="checkbox"/> Contribuição voluntária. R\$ _____</p> <p>Contribuição eventual, de caráter facultativa, será realizada em valor e periodicidade livremente escolhidos por terceiros, sem a necessidade de celebração de contrato específico, exceto se o terceiro for uma pessoa jurídica empregadora de Participantes e deseje realizar contribuições em favor de seus empregados.</p> <p><input type="checkbox"/> Contribuição eventual. R\$ _____</p> <p>Se as contribuições, voluntária e eventual, forem realizadas por assistido, haverá o recálculo do benefício programado ou do benefício por Invalidez no mês subsequente ao aporte da contribuição, considerando o novo saldo da conta de benefício concedido.</p> <p>Periodicidade: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral</p>
---	--

Escolha a melhor data para desconto de suas contribuições

5 () 10 () 15 () 20 () 25 ()

Escolha a forma de pagamento

Boleto Desconto em folha de pagamento salarial.

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

São os beneficiários do titular, as pessoas físicas por ele livremente designados para o fim de recebimento de pensão por morte

Nome:	Data de Nasc.	Parentesco:	%	CPF:
Nome:	Data de Nasc.	Parentesco:	%	CPF:
Nome:	Data de Nasc.	Parentesco:	%	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 Normativa PREVIC nº 34, de 28/10/2020, 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

Cidade e data

Carimbo BRF Previdência



Av. Paulista, 2439, 10º andar, conj. 101 - Bela Vista - CEP: 01311-936 - São Paulo - SP
atendimento@brfprevidencia.com.br, Tel: 0800 702 44 22, Whatsapp: (11) 963259487