



## TERMO DE OPÇÃO NO TÉRMINO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO

PLANO DE BENEFÍCIOS II

2020

CNPB: 2009.0005-11

### DADOS DO PARTICIPANTE

Atenção

- Por favor, preencher todos os campos do formulário em letras legíveis;
- Preencher todos os campos obrigatoriamente.
- **Redução de contribuições se aplica, apenas, a AUTOPATROCINADOS.**

Nome completo:

Celular c/ DDD:

Fone fixo c/ DDD:

ID:

E-mail:

CPF:

Endereço:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Estado:

### ASSINALE A OPÇÃO DESEJADA

Na qualidade de participante do plano acima identificado, venho pela presente declarar a minha opção de acordo com o disposto nos artigos 12 a 15 da IN SPC nº 05, de 9/12/2003 pelo instituto abaixo assinalado:

#### BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

O Participante que se desligar da Patrocinadora e que na data do Término do Vínculo Empregatício não tenha direito a receber Benefício de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria por Invalidez e que não requerer a Aposentadoria Antecipada nem optar pelo instituto da portabilidade, do autopatrocínio e do resgate de contribuições poderá, desde que tenha, no mínimo, 3 (três) anos de Tempo de Vinculação ao Plano, optar pelo instituto do benefício proporcional diferido para receber no futuro o Benefício Proporcional de que trata a Seção VI do Capítulo VIII deste Regulamento.

Estou ciente que o valor referente às contribuições para o custeio das despesas administrativas serão descontadas mensalmente do meu saldo de conta, em caso de esgotamento do saldo, a participação fica automaticamente cancelada.

#### AUTOPATROCÍNIO

Continuar depositando sua parte e a da empresa até se aposentar, a partir dos 55 anos de idade. A qualquer momento pode requerer a portabilidade, o benefício proporcional diferido ou o resgate de contribuições. Disponível somente para o participante não elegível ao benefício de aposentadoria.

Autorizo utilizar o percentual de ( ) 3%, ( ) 4%, ( ) 5%, ( ) 6%, ( ) 7% em percentuais inteiros, sobre a parcela do meu salário de Participação que exceder a 10 (dez) Unidades de Referência BRF – URB **R\$ 5.656,68** se houver, a título de Contribuição Básica Normal.

Estou ciente de que o valor referente ao custeio das despesas administrativas serão incluídas no boleto de pagamento, conforme estabelecido no Regulamento do Plano III e no Plano de Custeio Anual.

Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição básica ao plano II, exceto as contribuições destinadas à cobertura das despesas administrativas.

( ) Autorizo **REDUZIR** a minha contribuição básica em 50% conforme regulamento do plano II.

( ) **PORTABILIDADE**

Transferir o seu saldo de conta aplicável para outro fundo de pensão, banco ou seguradora, ficando assim vinculado às condições e regras desse novo plano. O valor a transferir corresponde a 100% do saldo de participante, e 100% do saldo da patrocinadora. Disponível para o participante com mais de 3 anos de vinculação ao plano.

**Os dados abaixo são do plano de previdência que vai receber o dinheiro, inclusive a conta e agência (não são do participante).**

Opto por transferir para o PLANO RECEPTOR \_\_\_\_\_, registrado sob o número SUSEP ou CNPB \_\_\_\_\_, administrado pela entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora \_\_\_\_\_ CNPJ/MF \_\_\_\_\_ cujo número da conta é \_\_\_\_\_, na agência nº \_\_\_\_\_, do banco \_\_\_\_\_. As informações são necessárias para que a BRF Previdência possa providenciar o termo de portabilidade.

( ) **RESGATE**

Sacar 100% do saldo do participante e um percentual do saldo da patrocinadora, de acordo com o tempo de serviço creditado da data do término do vínculo empregatício. É necessário indicar o nome do BANCO (caixa, itaú ou outros), AGÊNCIA e CONTA CORRENTE ou POUPANÇA em nome do participante. Opto por receber o valor apurado na data do cálculo na conta abaixo especificada e pela forma por mim escolhida.

( ) à vista parcelado ( ) em \_\_\_\_\_ (até 60 vezes) parcelas mensais e consecutivas

NOME DO BANCO (bradesco, itaú, caixa ou outro)

AGÊNCIA

CONTA

DÍGITO

**Por favor, informe o tipo de conta**

Obrigatório o envio da cópia do comprovante da conta

CORRENTE ( ) POUPANÇA ( )

Declaro estar ciente de que tenho o prazo improrrogável de 5 (cinco) dias, contados do depósito ou da transferência, relativos respectivamente às opções pelo instituto do resgate ou da portabilidade, para impugnar o valor depositado ou transferido, através de carta postada com aviso de recebimento, endereçada à BRF Previdência. Findo o prazo referido sem impugnação de minha parte, dou plena, irrevogável e irretroatável quitação do valor, para mais nada reclamar em relação a minha vinculação ao referido plano.

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

DATA E ASSINATURA DO PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
Participante

\_\_\_\_\_  
Cidade e data