

Plano de Benefícios III

2021

DADOS DO PARTICIPANTE**Atenção**

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

Nome completo:

CPF:

ID:

fone fixo (residencial):

Celular:

E-mail pessoal (não é da empresa):

E-mail corporativo:

SUSPENSÃO, ALTERAÇÃO, RETOMADA E REDUÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

() Autorizo **SUSPENDER** temporariamente minha contribuição básica ao Plano III, exceto as contribuições destinadas à cobertura das despesas administrativas, no caso dos autopatrocinados.

ASSINALE ABAIXO DE ACORDO COM A SUA REGRA**Regra Nova**

() Autorizo **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo com o Regulamento do Plano III, sobre a parcela do salário de participação que exceder a 1,65 URBIII - **(R\$ 8.095,73)** de meu salário de participação, descontar o percentual: () 5%, () 6% ou () 7%.

Regra Antiga

() Autorizo **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo com o Regulamento do Plano III. Sobre a parcela do salário de participação que exceder a 10 (dez) Unidades de Referência BRF - URB **(R\$ 6.112,60)** de meu salário de participação, descontar: () 3%, () 4%, () 5%, () 6% ou () 7%.

***RETOMAR, se aplica a participantes que suspenderam suas contribuições básica e querem voltar a contribuir.**

() Autorizo **ALTERAR** o desconto mensal da contribuição básica de acordo o Regulamento do Plano III:

() % _____

() Autorizo **REDUZIR** a minha contribuição básica em 50% conforme Regulamento do Plano (AUTOPATROCINADO)

REDUÇÃO de Contribuição Básica só se aplica aos AUTOPATROCINADOS

SUSPENSÃO / RETOMADA DE CONTRIBUIÇÃO SUPLEMENTAR

() Autorizo SUSPENDER minha contribuição suplementar ao Plano III.
() Autorizo descontar de meu salário de participação ou incluir no meu boleto (em caso de autopatrocinado),
a título de contribuição suplementar:

O valor de _____ ou

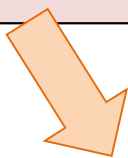
O percentual de _____ % (_____)

De acordo com a periodicidade abaixo assinalada:

Periodicidade: () única () mensal () bimestral () trimestral () semestral

Atenção

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

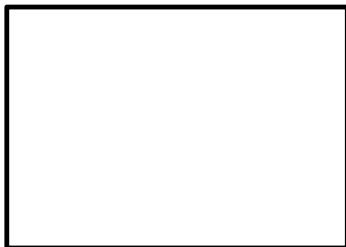


Assinatura do Participante _____

_____ Cidade e Data

OBS: utilizar necessariamente caneta azul ou preta para o preenchimento e assinatura do formulário

carimbo BRF Previdência



Nosso endereço