



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

PLANO DE BENEFÍCIOS FAF / CNPB 1979.0006-38

Patrocinadora:

Participante:

O Participante/Beneficiário, abaixo assinado, nos termos do Regulamento do Plano, requer o que segue:

- Suplementação de Aposentadoria por Invalidez.
- Suplementação de Aposentadoria por Idade.
- Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição.
- Suplementação de Aposentadoria Especial.
- Suplementação de Pensão.
- Adiantamento de Suplementação.
- Benefício decorrente de opção pelo Benefício Proporcional Diferido.

Para tanto, presta todas as informações que se fazem necessárias e autoriza que sejam feitas as deduções das taxas de contribuição previstas para o benefício requerido, de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios acima identificado, bem como, que o valor líquido do benefício seja creditado na conta bancária informada abaixo. Declara, ainda, estar ciente:

a) que está obrigado a comunicar imediatamente para a BRF Previdência o eventual cancelamento do benefício recebido do Regime Oficial de Previdência, sob pena de restituir os valores recebidos indevidamente, atualizados pela variação do INPC/IBGE mais os juros atuariais.

b) que na hipótese de Adiantamento de Suplementação, a não apresentação da “carta de concessão de benefício” expedida pelo Regime Oficial de Previdência, dentro do prazo de seis meses a contar da data de início do Adiantamento ou a apresentação, a qualquer tempo de “carta de indeferimento de benefício” expedida pelo mesmo regime, acarretará o cancelamento automático do Adiantamento ora solicitado.

Documentos:

CTPS: _____ Série: _____

RG: _____ CPF: _____

Data do desligamento: _____

Dados do participante:

Rua: _____
Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

Dados bancários:

Banco: _____ AG: _____ Conta: _____

POR FAVOR, INFORME O TIPO DE CONTA: () POUPANÇA () CORRENTE
NÃO PODE SER CONTA SALÁRIO /NÃO PODE SER CONTA ABERTA PELO INSS

Dependentes / Beneficiários:

NOME	NASCIMENTO	PARENTESCO	IMP RENDA	BENEFICIÁRIO
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
			S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Cidade e data

Assinatura

Deferido:

Indeferido:

Data: _____ **Responsável (RH / BRF Previdência):** _____