



SUSPENSÃO, ALTERAÇÃO e RETOMADA DE CONTRIBUIÇÕES

Plano Família BRF Previdência

DADOS DO PARTICIPANTE

Atenção

- Por favor, preencher todos os campos do formulário com letras legíveis
- Preencher todos os campos obrigatoriamente

Nome completo do participante:

Nome Titular responsável Financeiro:

CPF:

ID (funcionário BRF):

fone fixo com DDD (residencial):

Celular com DDD:

E-mail pessoal (é necessário):

E-mail corporativo (funcionário BRF):

Assinale a sua opção

() Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição **básica** por um período de até 6 (seis) meses, podendo ser renovada por períodos sucessivos ou não;

A suspensão do pagamento da contribuição básica não influencia na contribuição de risco que poderá ser mantida para que o participante não perca a cobertura do capital segurado durante o período de suspensão da contribuição básica;

Durante o período de suspensão da Contribuição Básica, o Participante compartilhará o custeio das despesas administrativas por meio de taxa de carregamento e/ou taxa de administração;

Findo o prazo de suspensão pelo Participante, a cobrança da contribuição básica será retomada automaticamente.

() Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição **voluntária**.

() Autorizo **SUSPENDER** temporariamente a minha contribuição **eventual**.

() Autorizo **ALTERAR** ou **RETOMAR** o desconto mensal da contribuição básica. R\$ _____

() Autorizo **ALTERAR** ou **RETOMAR** o desconto da contribuição voluntária. R\$ _____

() Autorizo **ALTERAR** ou **RETOMAR** o desconto da contribuição eventual. R\$ _____

() Autorizo **Alterar a forma de pagamento** do plano para:

() Desconto em folha (Apenas para funcionários ativos da BRF SA e BRFPREVIDENCIA)

() Boleto via email. (Email: _____)

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

() Cancelar o plano de previdência

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

Assinatura (titular ou resp financeiro)

Cidade e data

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

carimbo BRF Previdência



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