

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO | BD ELETROBRÁS

AVISO: A validade desta proposta está condicionada ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE (preenchimento obrigatório para solicitação de benefício de pensão)

Nome completo

CPF	Data de Nascimento / /	Número de inscrição Eletros (a ser preenchido pela Eletros)
-----	---------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE ⁽¹⁾

Nome completo	Data de Nascimento / /
---------------	---------------------------

Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Sexo	CPF
RG	Órgão emissor	Data de emissão / /	UF	Pessoa politicamente exposta? ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

E-mail pessoal

Ocupação profissional	Data de falecimento ou Invalidez ⁽³⁾ / /
-----------------------	--

Nome completo da mãe

Nome completo do pai

Nome completo do cônjuge

Endereço residencial	Bairro			
Cidade	UF	CEP	DDD + Telefone residencial	DDD + Celular pessoal

⁽¹⁾ No caso de Benefício Complementação de Aposentadoria, o requerente será o próprio participante do plano. Referente à Benefício de Complementação de Pensão por Morte, o requerente deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário/Pensionista indicado.

⁽²⁾ De acordo com a Lei 9.613/1998 e pela Instrução PREVIC 34/2020, considera-se pessoa exposta politicamente a pessoal natural que desempenha ou tenha desempenhado, nos cinco anos anteriores, cargo, emprego ou função pública relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais, conforme descrição dos § 1º a 3º do artigo 15 da Instrução PREVIC 34/2020, devendo-se dedicar especial atenção também às operações com seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme disposto no art. 16 do mesmo normativo.

O REQUERENTE ACIMA IDENTIFICADO, NOS TERMOS DO REGULAMENTO DO PLANO BD ELETROBRÁS, REQUER A PARTIR DA DATA ____/____/____, O BENEFÍCIO DE COMPLEMENTAÇÃO, CONFORME OPÇÃO ABAIXO:

Opção para Ativos

<input type="checkbox"/> Por tempo de contribuição	<input type="checkbox"/> Especial
<input type="checkbox"/> Por idade	<input type="checkbox"/> Por Invalidez

Opção para Beneficiários

Pensão por Morte

DADOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO ⁽⁷⁾:

Nome do correntista	CPF		
Número do Banco	Nome do Banco	Agência	Número da Conta Corrente/Salário

⁽⁷⁾ A conta para pagamento do benefício deverá ser obrigatoriamente do Banco Itaú. Caso o requerente não queira manter relacionamento com o banco, será permitida a abertura de conta salário com portabilidade bancária para o banco de preferência.

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS/DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA (O PENSIONISTA deverá preencher este campo apenas para a indicação de dependentes de IR, não sendo permitida a indicação de beneficiários)

Nome	Rateio % ⁽⁹⁾	Sexo	Data de Nasc.	CPF	Tipo ⁽⁸⁾	Dependente de IR
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
						<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

⁽⁸⁾ Tipo 01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a) 04 - Enteado(a) 05 - Outros

Em caso de não preenchimento de campos deste quadro, inutilize-os com um traço horizontal em cada campo não utilizado.

Art.12 - É beneficiário do participante neste Plano de Benefícios, aquele assim reconhecido pela Previdência Social para fins exclusivos do benefício Pensão por Morte.

Art.13 - A inscrição de dependentes neste Plano de Benefícios é feita mediante a apresentação de documentos comprobatórios desta condição.

Art.14 - A perda da condição de dependente beneficiário, perante a Previdência Social, implica no cancelamento automático da inscrição do dependente.

São beneficiários do Regime Geral de Previdência Social os dependentes classificados na seguinte ordem:

I - O cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido ou que tenha deficiência intelectual (ou mental) que o torne absoluta ou relativamente incapaz, assim declarado judicialmente; **II** - Os pais; **III** - O irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido ou que tenha deficiência intelectual ou mental que o torne absoluta ou relativamente incapaz, assim declarado judicialmente. **Obs: O reconhecimento de dependentes das classes anteriores exclui o direito dos dependentes das classes seguintes.**

⁽⁹⁾ O percentual de rateio deverá ser preenchido apenas para indicação de beneficiário. Quando da indicação exclusiva de dependentes de IR, o campo não deverá ser preenchido.

INDICAÇÃO DE DESIGNADOS (Para ser preenchido APENAS pelo assistido)

Na inexistência de dependentes beneficiários, que façam jus à Complementação de Pensão por Morte, é assegurada à pessoa, ou às pessoas indicadas abaixo, expressamente designada(s) em vida pelo participante, o recebimento da restituição das contribuições de participante/assistido vertidas ao Plano.

Nome completo	CPF	
E-mail	Telefone	% de Rateio
Nome completo	CPF	
E-mail	Telefone	% de Rateio
Nome completo	CPF	
E-mail	Telefone	% de Rateio

ASSISTÊNCIA FUNERAL

Declaro ter interesse em adquirir a Assistência Funeral, e autorizo o desconto em folha de benefício, de 100% dos custos das mensalidades do Titular e dos seus dependentes, se houver. ⁽¹⁰⁾

Declaro **não ter** interesse em adquirir a Assistência Funeral.

⁽¹⁰⁾ O Requerente que optar pela Assistência Funeral deverá preencher a proposta de adesão do Prestador do Serviço.

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DO REQUERENTE

Declaro estar ciente das condições para o recebimento do benefício de acordo com o Regulamento do Plano, responsabilizando-me, para fins de direito, pela opção formalizada.

Local e Data

Assinatura do Requerente/ Representante Legal (caso necessário)