

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO | CD 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 de Renda Mensal por Aposentadoria e Renda Mensal por Invalidez, o requerente será o próprio participante do plano. Referente à Benefício de Renda de Pensão por Morte, o requerente deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário/Pensionista indicado.

⁽²⁾ De acordo com a Lei 9.613 e pela Instrução MPS/SPC nº 26/08, consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para saber melhor o que é PPE, acesse: www.eletros.com.br/ppe

⁽³⁾ O campo deverá ser preenchido em casos de Benefícios de Pensão por Morte ou Aposentadoria por Invalidez.

O requerente acima identificado, nos termos do regulamento do Plano CD ELETROBRÁS, requer o benefício, conforme opção abaixo:

Opção para Ativos

- Renda Mensal por Aposentadoria
- Renda Mensal por Invalidez

Opção para Beneficiários

- Renda Mensal de Pensão por Morte

DESEJO RECEBER A PARTIR DA DATA ____/____/____ O BENEFÍCIO ASSINALADO ACIMA DA SEGUINTE FORMA ⁽⁴⁾:

Opção apenas para Assistidos

- Receber ____%(____) por cento (limitado à vinte e cinco por cento) do valor da Conta Individual Global, pago de uma só vez, com a consequente redução do saldo a ser recebido como Benefício de Renda Mensal Programada.

⁽⁴⁾ No caso do Benefício de Pensão por Morte essa opção não é válida.

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 Santander. 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.

DESEJO RECEBER O SALDO REMANESCENTE OU TOTAL DA SEGUINTE FORMA:**Opção para Assistidos**

- Renda Mensal Programada até _____ (_____) anos completos de idade (não inferior a 75 anos).
- Renda Mensal Programada até _____ (_____) anos completos de idade (não inferior a 75 anos), após o qual passará a receber uma Renda Mensal Vitalícia. ⁽⁵⁾
- Benefício Proporcional Diferido Saldado – BPDS. Benefício vitalício válido somente para participantes que migraram do Plano BD Eletrobrás (entre 2006 e 2009) e optaram pela parcela BPDS.

Opção para Pensionistas

- Renda Mensal por Morte a ser paga no prazo escolhido pelo participante falecido. ⁽⁶⁾
- Renda Mensal por Morte de reserva BPDS. Benefício vitalício válido somente para participantes que migraram do Plano BD Eletrobrás (entre 2006 e 2009) e optaram pela parcela BPDS.

⁽⁵⁾ No caso de Benefício de Aposentadoria por Invalidez a opção de reversão da renda em vitalícia não é permitida.

⁽⁶⁾ Na hipótese de o Participante não escolher, em vida, o prazo para recebimento da renda, o benefício deverá ser pago pelo prazo que faltaria para o Participante completar 75 (setenta e cinco) anos. Caso o Participante faleça após completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o Benefício deverá ser pago por prazo fixo de 20 (vinte) anos.

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)

São beneficiários as pessoas físicas indicadas pelo participante, conforme regulamento do plano.

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.

⁽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.

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)

DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome completo		CPF
E-mail pessoal	DDD + Telefone residencial	DDD + Celular pessoal
Pessoa politicamente exposta? ⁽¹¹⁾ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

⁽¹¹⁾ De acordo com a Lei 9.613 e pela Instrução MPS/SPC nº 26/08, consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para saber melhor o que é PPE, acesse: www.eletros.com.br/ppe