

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO | PLANO ELETROBRÁS DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA I

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 por morte)

Nome completo

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

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE <sup>(1)</sup>

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

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

E-mail pessoal

Ocupação profissional	Data de Desligamento da Patrocinadora ou Invalidez / /
-----------------------	---

Nome completo da mãe

Nome completo do pai

Nome completo do cônjuge

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

<sup>(1)</sup> No caso de Benefício de Aposentadoria ou Benefício por Incapacidade, o requerente será o próprio participante do plano. No caso de Benefício por Morte, os campos referentes ao requerente deverão ser preenchidos com os dados do Beneficiário.

<sup>(2)</sup> 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 CD I, requer o benefício, conforme opção abaixo:

#### Opção para Ativos

- Benefício de Aposentadoria
- Renda Mensal por Invalidez

#### Opção para Beneficiários

- Benefício por Morte
- Pagamento Único da Reserva

DESEJO RECEBER A PARTIR DA DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O BENEFÍCIO ASSINALADO ACIMA DA SEGUINTE FORMA <sup>(3)</sup>:

#### Opção apenas para Assistidos

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

<sup>(3)</sup> No caso do Benefício de Pensão por Morte, essa opção não é válida

**DADOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO <sup>(5)</sup>:**

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

<sup>(5)</sup> 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.

**DESEJO RECEBER BENEFÍCIO MENSAL PELA APLICAÇÃO DO MÚLTIPLO ABAIXO SOBRE O SALDO DA CONTA INDIVIDUAL GLOBAL**

0,6%    0,7%    0,8%    0,9%    1,0%    1,1%    1,2%

**BENEFICIÁRIOS (O PENSIONISTA deverá preencher este campo apenas para a indicação de dependentes de IR, não sendo permitida a indicação de beneficiários) <sup>(6)</sup>**

Nome	Rateio %	Sexo	Data de Nasc.	CPF	Tipo <sup>(7)</sup>	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

<sup>(7)</sup> Tipo   01 - Cônjuge   02 - Companheiro(a)   03 - Filho(a)   04 - Enteado(a)   05 - Outros

<sup>(6)</sup> Beneficiário: Será obrigatoriamente o cônjuge do participante ou companheiro e seus filhos solteiros e dependentes, incluindo enteado e adotado legalmente, menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade ou inválidos. Adicionalmente, por opção do participante, poderá ser indicada qualquer outra pessoa física.

**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. <sup>(11)</sup>

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

<sup>(8)</sup> 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? <sup>(9)</sup> <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: _____	

<sup>(9)</sup> 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.