


| | | |
|--|--|--|
|  | PREVIDÊNCIA BRB | FO-Previdência BRB-025 Revisão: 01 |
| | Plano de Benefícios BD-01 Requerimento de Benefício | Área de Previdência |

1. TIPO DE BENEFÍCIO

Aos participantes contribuintes:

Suplementação de aposentadoria por tempo de contribuição Pecúlio por invalidez
 Suplementação de aposentadoria antecipada Benefício Proporcional Diferido
 Suplementação de aposentadoria por invalidez

Aos dependentes beneficiários: Suplementação por Morte Pecúlio por Morte

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

| | | |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Matrícula: | Data de Demissão: | |
| Nome do Participante: | | |
| Nome do Requerente*: | | |
| Endereço do Requerente: | | |
| | CEP: | |
| Telefone: | E-mail particular: | |
| Banco: | Agência: | Conta corrente: |

*Somente para pecúlio por morte

3. REQUERIMENTO

Autorizo a Previdência BRB a compartilhar os meus dados pessoais de cadastro com terceiros para o cumprimento da finalidade indicada neste documento, bem como outras informações mínimas exigidas pela legislação em vigor. Estou ciente e autorizo a Previdência BRB realizar análises no meu cadastro, inclusive de risco de crédito.


Estou ciente que meus dados pessoais e informações serão armazenados enquanto perdurar a relação com o Plano de Benefícios e/ou com a Previdência BRB. Em caso de cancelamento da minha inscrição no Plano de Benefícios, meus dados pessoais e informações serão armazenados pela Previdência BRB enquanto necessário para atender aos prazos legais ou regulatórios.

Fica autorizado o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e/ou ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Sim Não

O requerente, acima identificado, vem, de acordo com as normas do Regulamento do Plano de Benefícios 01, administrado pela Previdência BRB, solicitar a concessão do Benefício especificado no item 1, autorizando, desde já, que a Previdência BRB efetue os descontos assinalados a seguir:

Contribuição Administrativa **Seguro de Vida**
 Contribuição SAÚDE-BRB **Empréstimo junto à Previdência BRB**
 Participação SAÚDE-BRB **Empréstimo junto à BRB**
 Contribuição AFA-BRB **Outros:** _____

| | | |
|--|--|--|
|  | PREVIDÊNCIA BRB | FO-Previdência BRB-025 Revisão: 01 |
| | Plano de Benefícios BD-01 Requerimento de Benefício | Área de Previdência |

| | |
|------------------------------------|---|
| 4. ASSINATURA DO REQUERENTE | |
| Brasília, _____ de _____ de _____. | <hr style="border: 0.5px solid black;"/> Assinatura do requerente |

| | |
|--|---------------------------------------|
| 4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB | |
| Para uso da Gerência: <input type="radio"/> Deferido <input type="radio"/> Indeferido Brasília, _____ de _____ de _____. <hr style="border: 0.5px solid black;"/> Assinatura/carimbo da Área de Previdência | Em caso de indeferimento, justificar: |