

Requerimento de Benefícios

1. TIPO DE BENEFÍCIO

Aos participantes contribuintes:

- Renda de Aposentadoria Programada
 Renda de Aposentadoria por Invalidez

Aos dependentes beneficiários: 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 BrasíliaPrev, 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

Contribuição Administrativa

Seguro de Vida

Seguro de Vida

4. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente



PREVIDÊNCIA BRB – Plano de Benefícios BrasíliaPrev

CNPB: 2020.0018-29 | CNPJ: 48.307.744/0001-80

SAC: 0800 000 2977 | WhatsApp: (61) 99977-2231

www.previdenciabrb.org.br | www.brasiliaprev.com.br | relacionamento@previdenciabrb.org.br

Requerimento de Benefícios

5. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Gerência:

Deferido

Indeferido

Brasília, _____ de _____ de _____.

Em caso de indeferimento, justificar:

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência