

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-038 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -02 Requerimento de Reingresso	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:		Empresa:	
Nome:			
Endereço:			Nº
Complemento:		Bairro:	
Cidade:		UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail:	
Banco:	Agência:	Conta corrente:	

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, requer o seu Reingresso, conforme Regulamento vigente. Assim sendo, autorizo uma vez aprovado o presente pedido, a descontar em folha de pagamento ou debitar em conta corrente as contribuições e demais despesas inerentes ao Plano de Benefícios CD-02. Para tanto estabeleço o percentual de contribuição pessoal em _____%.

Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para que a Previdência BRB me identifique e entre em contato comigo em razão da minha inscrição no Plano de Benefícios, para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente previdenciária, para procedimentos de admissão e execução do contrato de adesão ao Plano de Benefícios, inclusive após seu término, para cumprimento, pela Previdência BRB, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização, ficando ainda autorizado o compartilhamento dos meus dados e informações com terceiros estritamente para o cumprimento da finalidade indicada neste documento. Autorizo, ainda, o Patrocinador a compartilhar os meus dados pessoais e financeiros com a Previdência BRB, 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.

Sim Não

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.

Estou ciente de que em caso de desistência da inscrição, ou não formalização da adesão ao Plano de Benefícios, meus dados pessoais e informações coletadas serão mantidos no banco de dados da Previdência BRB pelo prazo de 5 (cinco) anos, podendo haver a eliminação dos dados pessoais e informações após este prazo.

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

Brasília, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura do requerente

