

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-093 Revisão: 01
	Plano de Benefícios CD-05 Requerimento de Cancelamento de Inscrição	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Empresa:	Data de Cancelamento:
Nome:		
Telefone:	E-mail particular:	

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, vem requerer o CANCELAMENTO de sua inscrição no Plano de Benefícios CD-05, em virtude de:

.....

.....

.....

.....

Declara estar ciente de que perderá o direito aos benefícios previstos no Regulamento do Plano de Benefícios CD-05.

O requerente declara estar ciente que encerrada a inscrição no Plano Benefícios, ou não havendo mais a necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Previdência BRB interromperá o tratamento dos dados pessoais disponibilizados, bem como as cópias porventura existentes, sejam em formato digital ou físico, podendo inclusive eliminá-los, salvo quando a Previdência BRB tenha que manter a integridade dos dados pessoais para o cumprimento de obrigação legal, regulatória, ou outra hipótese especificada na legislação brasileira.

O requerente autoriza 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

3. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Diretoria: <input type="radio"/> Autorizado <input type="radio"/> Não autorizado Brasília, _____ de _____ de _____. _____ Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência	Favor proceder conforme solicitação do Participante. Brasília, _____ de _____ de _____. _____ Assinatura/carimbo da Área de Previdência
---	---