

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-016 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CV - 03 Requerimento de Benefício	Área de Previdência

1. TIPO DE BENEFÍCIO

Aos participantes contribuintes:

Renda de aposentadoria por tempo de contribuição
 Vitalício Sem reversão do pecúlio
 Temporário - _____ Com reversão do pecúlio
 Renda de aposentadoria antecipada
 Temporário - _____
 Renda de aposentadoria por invalidez
 Benefício proporcional diferido

Aos dependentes beneficiários: Pecúlio por Morte

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Matrícula:	Empresa:	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 CV 03, 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 ao BRB
 Contribuição AFA-BRB Outros: _____

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-016 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CV - 03 Requerimento de Benefício	Área de Previdência

4. TERMO DE OPÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA
<p>Opção, em caráter irrevogável, pelo regime de tributação previsto na Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024 (TABELA REGRESSIVA).</p> <p><input type="checkbox"/> Opto pelo regime regressivo estabelecido na Lei 14.803/2024.</p> <p><input type="checkbox"/> Não opto pelo regime regressivo estabelecido na Lei 14.803/2024.</p>

5. ASSINATURA DO REQUERENTE
<p>Brasília, ____ de _____ de ____.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do requerente</p>

6. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB	
<p>Para uso da Gerência:</p> <p><input type="radio"/> Deferido</p> <p><input type="radio"/> Indeferido</p> <p>Brasília, ____ de _____ de ____.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo da Área de Previdência</p>	<p>Em caso de indeferimento, justificar:</p>