
	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-030 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD – 02 Requerimento de Inscrição	Área de Previdência

1. DADOS INSTITUCIONAIS DO PROPONENTE	
Matrícula: _____	Data de admissão: _____
Patrocinadora: _____	
Aposentado pelo INSS: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

2. DADOS PESSOAIS DO PROPONENTE (utilize os códigos da legenda para preencher campo sexo e estado civil)			
Nome: _____			
Endereço: _____			Nº _____
Complemento: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____		UF: _____	CEP: _____
Telefone: _____	Celular: _____	E-mail: _____	
Banco: _____	Agência: _____	Conta corrente: _____	

3. TERMO DE ADESÃO
<p><input type="radio"/> SIM, tenho interesse em participar do Plano de Benefícios CD-02, administrado pela Previdência BRB, e constituir Reserva de Poupança Individual.</p> <p>Para viabilizar a minha inscrição no Plano de Benefícios, 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.</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Assim sendo, autorizo a referida patrocinadora, uma vez aprovado o presente pedido, a descontar em folha de pagamento ou debitar em minha conta corrente as contribuições e demais despesas inerentes ao Plano de Benefícios CD-02. Para tanto estabeleço o percentual da contribuição pessoal normal em _____%.</p> <p>(Neste caso favor preencher os campos 4, 5 e 6).</p> <p><input type="radio"/> NÃO tenho interesse em participar do Plano de Benefícios CD-02, administrado pela Previdência BRB.</p> <p>(Dispensa o preenchimento dos campos 4, 5 e 6).</p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do requerente</p>

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-030 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD – 02 Requerimento de Inscrição	Área de Previdência

4. DEPENDENTES/BENEFICIÁRIOS (utilize os códigos da legenda para preencher os campos)

Nome	Data nascimento	Cód. Sexo	Cód. Estado Civil	Cód. Parentesco	Percentual Pecúlio

LEGENDA	Sexo	Estado Civil	Grau de parentesco
	01 – Masculino 02 - Feminino	01 – Solteiro 04 - Viúvo 02 – Casado 05 - Divorciado 03 - Sep. Judicial	01 – Cônjuge 04 - Filho(a) Inválido(a) 02 - Companheiro(a) 05 - Enteado(a) 03 - Filho(a) 06 – Pai 07 - Mãe 08 - Irmão 09 – Outros: _____

5. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO PREVIC Nº 23/2023

1. Considera-se enquadrado como **PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE*** (RESOLUÇÃO PREVIC 23/2023)?

Sim Não

*São consideradas pessoa politicamente exposta detentores de mandatos eletivos, ocupantes de cargo do Poder Executivo da União, Membros do Conselho Nacional de Justiça/STF e dos Tribunais Superiores (dentre outros).

2 - Há familiares (pais, filhos, cônjuge, companheiro (a) ou enteado (a) que possam estar enquadrados como **PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE** na mesma situação?

Sim Não

6. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1.571, DE 02/07/2015

FATCA é uma lei que determina que as Instituições Financeiras Estrangeiras (FFIS) devem identificar em sua base de clientes as “US Persons”, de forma a garantir o repasse de informações anuais de operações de contas mantidas por cidadãos americanos para a receita federal dos Estados Unidos, nos termos do acordo para troca de informações assinado pelo Brasil com a receita federal americana.

Serão considerados US Persons os participantes que possuam pelo menos 1(uma) das seguintes características: 1.Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos; 2. Detentores de Green Card; 3. Local de nascimento nos Estados Unidos; 4.Residência permanente nos Estados Unidos ou presença substancial (se ficou nos Estados Unidos pelo menos 31(trinta e um) dias no ano corrente e/ou 183 (cento e oitenta e três) dias nos últimos 3(três) anos; 5. Outras características que possam ser indicadas na regulamentação a ser publicada pela RFB.

Considera-se, para os devidos fins de direito sob as penas da lei, como **US PERSON?** Sim Não


7. ASSINATURA DO REQUERENTE

Na qualidade de empregado da Patrocinadora acima assinalada, declaro haver recebido o Estatuto da Previdência BRB, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios CD-02.

Declaro, para todos os fins, sob as penas da Lei, que as informações, dados pessoais e documentos prestados para a inscrição no Plano de Benefícios, são verdadeiros e autênticos, fiéis à verdade e condizentes com a minha realidade. Fico ciente por meio deste documento que a falsidade das declarações configura crime previsto na legislação Penal Brasileira, passível de apuração na forma da Lei.

Brasília, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura do requerente

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-030 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD – 02 Requerimento de Inscrição	Área de Previdência

8. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB	
<p>À Diretoria de Benefícios e Administração para Homologação</p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo do (a) Titular da Unidade</p>	<p>Para uso da Diretoria: <input type="radio"/> Homologado <input type="radio"/> Não homologado</p> <p>Brasília, _____ de _____ de _____.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura/carimbo Diretor(a) da Unidade</p>