

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-031 Revisão: 01
	Plano de Benefícios BD - 01 Requerimento de Autopatrocínio após Rescisão de Contrato com a Patrocinadora	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Data de Demissão:	
Nome:		
Telefone:	E-mail particular:	
Banco:	Agência:	Conta corrente:

2. REQUERIMENTO

O requerente acima identificado, tendo se desligado da Patrocinadora em ____ / ____ / ____, vem requerer a manutenção de sua inscrição, conforme disposto no artigo 25 do Regulamento do Plano de Benefícios 01 administrado pela Previdência BRB. Assim sendo, desde já se compromete a pagar mensalmente as contribuições pessoais e aquelas que seriam encargo da Patrocinadora que incidirão sobre seu salário de contribuição.

Autorizo a Previdência BRB a compartilhar meus dados pessoais de cadastro com o Patrocinador, abrangendo a minha qualificação e as informações mínimas exigidas pelo regulamento do Plano de Benefícios, pela legislação em vigor, dentre outras informações que sejam suficientes para estabelecer as contribuições pessoais e aquelas que seriam encargo do Patrocinador e que incidirão sobre o meu salário de contribuição. 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.

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

3. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

4. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Diretoria:

Autorizado

Não autorizado

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência

Favor proceder conforme solicitação do Participante.

Brasília, ____ de _____ de _____.

Assinatura/crimbo da Área de Previdência