
	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-037 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD - 02 Requerimento de Benefício	Área de Previdência

1. TIPO DE BENEFÍCIO	
Aos participantes contribuintes: <input type="radio"/> Renda de Aposentadoria por Invalidez <input type="radio"/> Renda Proporcional Diferido <input type="radio"/> Renda de Aposentadoria Programada	Forma de Pagamento*: Parcelado em <input type="text"/> vezes *Quantidade mínima de 12 parcelas
Aos dependentes beneficiários: <input type="radio"/> 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
<p>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.</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>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> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não </p> <p>O requerente, acima identificado, vem, de acordo com as normas do Regulamento do Plano de Benefícios CD 02, 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:</p> <p> <input type="radio"/> Contribuição Administrativa <input type="radio"/> Empréstimo junto à Previdência BRB <input type="radio"/> Outros: _____ </p>

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-037 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD - 02 Requerimento de Benefício	Área de Previdência

4. TERMO DE OPÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

Opção, em caráter irrevogável, nos termos da Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024, pela aplicação do regime de tributação do Imposto de Renda previsto no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004 (TABELA REGRESSIVA).

- Opto pelo regime regressivo estabelecido no art. 1º da Lei nº 11.053/2004, com as alterações da Lei nº 14.803/2024.
- Não** opto pelo regime regressivo estabelecido no art. 1º da Lei nº 11.053/2004, com as alterações da Lei nº 14.803/2024.

5. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

6. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Gerência:

- Deferido
- Indeferido

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura/carimbo da Área de Previdência

Em caso de indeferimento, justificar: