

| | | |
|--|--|--|
|  | PREVIDÊNCIA BRB | FO-Previdência BRB-040 Revisão: 02 |
| | Plano de Benefícios CD - 02 Requerimento de Autopatrocínio após Rescisão de Contrato com a Patrocinadora | Área de Previdência |

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

| | | |
|---------------------------|-----------------|------------------------|
| Matrícula: | Empresa: | |
| Nome: | | |
| Telefone: | Celular: | |
| 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 Regulamento do Plano CD-02, administrado pela Previdência BRB, desde já se compromete a pagar mensalmente as contribuições pessoais e aquelas que seriam encargo da patrocinadora que incidirão sobre o 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: <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 |
|---|---|