

	<b>PREVIDÊNCIA BRB</b>	FO-Previdência BRB-099 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD - 05 Requerimento de Autopatrocínio após Rescisão de Contrato com a Patrocinadora	Área de Previdência

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

<b>Matrícula:</b>	<b>Empresa:</b>	
<b>Nome:</b>		
<b>Telefone:</b>	<b>E-mail particular:</b>	
<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta corrente:</b>

### 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-05, 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

<b>Para uso da Diretoria:</b> <input type="radio"/> Autorizado <input type="radio"/> Não autorizado  Brasília, _____ de _____ de _____.  _____	<b>Favor proceder conforme solicitação do Participante.</b>  Brasília, _____ de _____ de _____.  _____
Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência	Assinatura/carimbo da Área de Previdência