

	<b>PREVIDÊNCIA BRB</b>	FO-Previdência BRB-033 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CV – 03 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 artigo 59 do Regulamento do Plano CV-03, administrado pela Previdência BRB. Assim sendo, desde já se compromete a pagar mensalmente as seguintes contribuições:

Contribuição normal básica, no percentual de \_\_\_\_\_, da qual serão descontadas as contribuições para cobertura dos benefícios de risco e das despesas administrativas.

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/carimbo da Área de Previdência