

**PREVIDÊNCIA BRB – Plano de Benefícios RegiusPrev**

CNPB: 2021.0035-74 | CNPJ: 48.307.801/0001-20

SAC: 0800 000 2977

www.previdenciabrb.org.br | www.regiusprev.com.br | relacionamento@previdenciabrb.org.br

Requerimento de Cancelamento de Inscrição**1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Matrícula:	Empresa:	Data de cancelamento:
Nome:		
Telefone:	E-mail particular:	

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, vem requerer o **CANCELAMENTO** de sua inscrição no **Plano de Benefícios RegiusPrev**, em virtude do §2º do art. 9 do Regulamento do Plano, onde fica assegurado ao Participante que tiver a inscrição automática neste Plano, o direito de requerer o cancelamento de sua inscrição processada automaticamente no prazo de até 120 (cento e vinte) dias da data da inscrição, e a restituição de contribuições pessoais vertidas, atualizadas pela variação do Índice do Plano, a ser paga em até 60 (sessenta) dias contados da data do protocolo do pedido de cancelamento na Entidade.

- Declara estar ciente de que perderá o direito aos benefícios previstos no Regulamento do **Plano de Benefícios RegiusPrev** (Benefício Programado e Benefício por Invalidez).
 Sim Não
- O Participante declara estar ciente que encerrada a vigência da inscrição no plano benefícios em referência, ou não havendo mais a necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Previdência BRB interromperá o tratamento dos dados pessoais disponibilizados pelo Participante, bem como as cópias porventura existentes, sejam em formato digital ou físico, podendo inclusive eliminá-los, salvo quando a Previdência BRB tenha que manter a integridade dos dados pessoais para o cumprimento de obrigação legal, regulatória, ou outra hipótese especificada na legislação brasileira.
 Sim Não
- Você está ciente de que a sua aposentadoria no serviço público estará limitada ao teto do INSS?
 Sim Não
- Você está ciente de que perderá a contribuição do seu Patrocinador no mesmo valor da sua contribuição, que dobra a sua reserva previdenciária?
 Sim Não
- Você está ciente de que ao abrir mão do seu Plano de Previdência perderá o benefício fiscal no IRPF, que possibilita deduzir até 12% da sua renda bruta anual tributável?
 Sim Não
- Você está ciente que estará abrindo mão de possibilitar o planejamento sucessório (pecúlio) a seus dependentes?
 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 ____.

Favor proceder conforme solicitação do Participante.

Brasília, ____ de ____ de ____.

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência_____
Assinatura/carimbo da Área de Previdência