

INSTITUIDORAS: AEBRB – AABR – PREVIDÊNCIA BRB – COPEV-DF – ICIPE/HCB

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Nº Matrícula:

Telefone:

E-mail:

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, em conformidade com as regras estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios, vem requerer a alteração do valor de contribuição ao Plano BrasíliaPrev, passando a contribuir mensalmente com o valor de _____ a partir do período de _____.

Autorizo a Previdência BRB a compartilhar meus dados pessoais de cadastro com o Instituidor, 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 que incidirão sobre o meu salário de contribuição. Autorizo, ainda, o Instituidor 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.

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