



PREVIDÊNCIA BRB - Plano de Benefícios BrasíliaPrev

CNPB: 2020.0018-29 | CNPJ: 48.307.744/0001-80
SAC: 0800 000 2977 | WhatsApp: (61) 9 9806-2811
www.previdenciabrb.org.br
relacionamento@previdenciabrb.org.br

Requerimento de Suspensão de Contribuição

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Nome:		
Endereço:			Nº
Complemento:	Bairro:		
Cidade:	UF:	CEP:	
Telefone:	Celular:		
E-mail particular:			

2. REQUERIMENTO

O requerente acima identificado vem requerer a suspensão de sua Contribuição Previdenciária ao Plano de Benefícios BrasíliaPrev, pelo período de ____/____/____ a ____/____/____, conforme disposto no Regulamento do Plano de Benefícios BrasíliaPrev administrado pela Previdência BRB.

O requerente declara estar ciente que a suspensão de sua Contribuição Previdenciária ao Plano de Benefícios não será entendida como cancelamento de sua inscrição no Plano de Benefícios, bem como autoriza o tratamento dos seus dados pessoais pela Previdência BRB durante o período da suspensão da sua contribuição. No curso da suspensão de sua contribuição, o requerente se compromete a manter atualizados os seus dados de cadastro perante a Previdência BRB.

O requerente declara estar ciente que o participante que tiver suspensa a cobrança da Contribuição Previdenciária e tiver feito opção pela Contribuição de Risco, manterá o pagamento desta última, sob pena de ter cancelada a cobertura dos riscos de invalidez total, permanente e de morte pela Sociedade Seguradora no período de suspensão ou inadimplência da respectiva contribuição. O Participante poderá autorizar formalmente que a Contribuição de Risco seja debitada do saldo da sua Conta Individual durante o período de suspensão da sua Contribuição Previdenciária.

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 _____.

Favor proceder conforme solicitação do Participante.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência

Assinatura/carimbo da Área de Previdência

