

1. TIPO DE BENEFÍCIO

Aos participantes contribuintes:

- Renda de Aposentadoria Programada
 Renda de Aposentadoria por Invalidez

Aos dependentes beneficiários: Pecúlio por Morte

2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Matrícula:

Data de Demissão:

Nome do Participante:

Nome do Requerente:

Endereço do Requerente:

CEP:

Telefone:

E-mail particular:

Banco:

Agência:

Conta corrente:

***Somente para pecúlio por morte**

3. REQUERIMENTO

Autorizo a Previdência BRB a compartilhar os meus dados pessoais de cadastro com terceiros para o cumprimento da finalidade indicada neste documento, 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

O requerente, acima identificado, vem, de acordo com as normas do Regulamento do Plano de Benefícios BrasíliaPrev, administrado pela Previdência BRB, solicitar a concessão do Benefício especificado no item 1, autorizando, desde já, que a Previdência BRB efetue os descontos assinalados a seguir:

Contribuição Administrativa

Contribuição Administrativa

Seguro de Vida

Seguro de Vida

Requerimento de Benefícios

4. TERMO DE OPÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

Opção, em caráter irrevogável, pelo regime de tributação previsto na Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024 (TABELA REGRESSIVA).

- Opto pelo regime regressivo estabelecido na Lei 14.803/2024.
- Não opto pelo regime regressivo estabelecido na Lei 14.803/2024.

5. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

6. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Gerência:

- Deferido
 Indeferido

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência

Em caso de indeferimento, justificar: