



**1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

<b>Nome:</b>	
<b>Nº Matrícula:</b>	<b>Data de Cancelamento:</b>
<b>Telefone:</b>	<b>E-mail:</b>

**2. REQUERIMENTO**

O requerente, acima identificado, vem requerer o CANCELAMENTO de sua inscrição no Plano de Benefícios BrasíliaPrev, em virtude de:

-----  
-----  
-----

Declara estar ciente de que perderá o direito aos benefícios previstos no Regulamento do Plano de Benefícios BrasíliaPrev.

O requerente declara estar ciente que encerrada a inscrição no Plano Benefícios, 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, 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.

O requerente autoriza 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**

<b>Para uso da Diretoria:</b> <input type="radio"/> Autorizado <input type="radio"/> Não autorizado  Brasília, ____ de ____ de ____.	<b>Favor proceder conforme solicitação do Participante.</b>  Brasília, ____ de ____ de ____.
_____	_____
Assinatura/carimbo Diretoria da Área de Previdência	Assinatura/carimbo da Área de Previdência