


| | | |
|--|--|--|
|  | PREVIDÊNCIA BRB | FO-Previdência BRB-036 Revisão: 02 |
| | Plano de Benefícios CD-02 Alteração do Percentual de Contribuição | Área de Previdência |

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

| | |
|-------------------|---------------------------|
| Matrícula: | Empresa: |
| Nome: | |
| Telefone: | E-mail particular: |

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, em conformidade com as regras estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios, vem requerer a alteração do nível de contribuição individual para o Plano CD-02, a ser aplicado sobre o seu salário de contribuição a contar de _____, no percentual mensal de _____%.

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 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.

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

Brasília, ____ de _____ de _____.

_____ Assinatura do requerente

3. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

| | |
|---|---|
| Para uso da Diretoria: <input type="radio"/> Autorizado <input type="radio"/> 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 |
|---|---|