

**PREVIDÊNCIA BRB – Plano de Benefícios CD-05**

CNPB: 2017.0001.83 | CNPJ: 48.307.640/0001-75

SAC: 0800 000 2977

www.previdenciabrb.org.br | relacionamento@previdenciabrb.org.br

Requerimento de Inscrição**1. DADOS INSTITUCIONAIS DO PROPONENTE**

Matrícula:	Data de admissão:
Patrocinadora:	Aposentado pelo INSS: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

2. DADOS PESSOAIS DO PROPONENTE (utilize os códigos da legenda para preencher campo sexo e estado civil)

Nome:		
Endereço:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail:
Banco:	Agência:	Conta corrente:
Data de Nascimento:	CPF:	Nº Identidade/Org.Emissor:
Data emissão da identidade:	Cód. Sexo:	Cód. Estado Civil:

3. TERMO DE ADESÃO

SIM, tenho interesse em participar do Plano de Benefícios CD-05, administrado pela Previdência BRB, e constituir Reserva de Poupança Individual.

Para viabilizar o pedido de inscrição, autorizo o Patrocinador a compartilhar os meus dados pessoais de cadastro 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.

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709, de 14/08/2018), autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para permitir que a Previdência BRB me identifique e entre em contato comigo, em razão da inscrição no Plano de Benefícios; para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente previdenciária; para procedimentos de admissão e execução do contrato de adesão ao Plano de Benefícios, inclusive após seu término; e para cumprimento, pela Previdência BRB, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização.

Fica autorizado o envio de ofertas e informes de produtos e serviços relacionados à Previdência BRB e ao Plano de Benefícios, por meio de linha telefônica, correspondência eletrônica ou física.

Assim sendo, autorizo a referida Patrocinadora, uma vez aprovado o presente pedido, a descontar em folha de pagamento ou debitar em minha conta corrente as contribuições e demais despesas inerentes ao Plano de Benefícios CD-05. Para tanto estabeleço o percentual da contribuição pessoal normal em _____%.

(Neste caso favor preencher os campos 4, 5 e 6).

NÃO tenho interesse em participar do Plano de Benefícios CD-05, administrado pela Previdência BRB.

(Dispensa o preenchimento dos campos 4, 5 e 6).

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

4. DEPENDENTES/BENEFICIÁRIOS (utilize os códigos da legenda para preencher os campos)

Nome	Data nascimento	Cód. Sexo	Cód. Estado Civil	Cód. Parentesco	Percentual Pecúlio

LEGENDA	Sexo	Estado Civil	Grau de parentesco		
	01 - Masculino 02 - Feminino	01 - Solteiro 04 - Viúvo 02 - Casado 05 - Divorciado 03 - Sep. Judicial	01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a)	04 - Filho(a) Inválido(a) 05 - Enteado(a) 06 - Pai	07 - Mãe 08 - Irmão 09 - Outros: _____

5. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO PREVIC 23/2023

1 - Considera-se enquadrado como **PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA*** (RESOLUÇÃO PREVIC 23/2023)?

Sim Não

*São consideradas pessoa politicamente exposta detentores de mandatos eletivos, ocupantes de cargo do Poder Executivo da União, Membros do Conselho Nacional de Justiça/STF e dos Tribunais Superiores (dentre outros).

2 - Há familiares (pais, filhos, cônjuge, companheiro (a) ou enteado(a) que possam estar enquadrados como **PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA** na mesma situação?

Sim Não

6. INFORMAÇÕES EXIGÊNCIA DA INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 1.571, DE 02/07/2015

FATCA é uma lei que determina que as Instituições Financeiras Estrangeiras (FFIS) devem identificar em sua base de clientes as "US Persons", de forma a garantir o repasse de informações anuais de operações de contas mantidas por cidadãos americanos para a receita federal dos Estados Unidos, nos termos do acordo para troca de informações assinado pelo Brasil com a receita federal americana.

Serão considerados US Persons os participantes que possuam pelo menos 1(uma) das seguintes características: 1. Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos; 2. Detentores de Green Card; 3. Local de nascimento nos Estados Unidos; 4. Residência permanente nos Estados Unidos ou presença substancial (se ficou nos Estados Unidos pelo menos 31(trinta e um) dias no ano corrente e/ou 183 (cento e oitenta e três) dias nos últimos 3(três) anos; 5. Outras características que possam ser indicadas na regulamentação a ser publicada pela RFB.

Considera-se, para os devidos fins de direito sob as penas da lei, como **US PERSON**? Sim Não

7. ASSINATURA DO REQUERENTE

Na qualidade de empregado da Patrocinadora acima assinalada, declaro haver recebido o Estatuto da Previdência BRB, bem como o Regulamento do Plano de Benefícios CD-05.

Declaro, para todos os fins, sob as penas da Lei, que as informações, dados pessoais e documentos prestados para a inscrição no Plano de Benefícios, são verdadeiros e autênticos, fiéis à verdade e condizentes com a minha realidade. Fico ciente por meio deste documento que a falsidade das declarações configura crime previsto na legislação Penal Brasileira, passível de apuração na forma da Lei.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

8. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

À Diretoria de Benefícios e Administração para Homologação

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura/carimbo do(a) Titular da Unidade

Para uso da Diretoria:

Homologado Não homologado

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura/carimbo Diretor(a) da Unidade

