	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-022 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CV-03 Termo de Opção de Instituto	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Empresa:	Data de Demissão:
Nome:		
Endereço:		Nº
Complemento:		Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	E-mail particular:
Banco:	Agência:	Conta corrente:

2. REQUERIMENTO

O participante, acima identificado, tendo recebido todas as informações pertinentes aos institutos previstos no Regulamento do Plano de Benefícios CV-03 e em função da cessação do vínculo empregatício com a Patrocinadora e do cumprimento de todas as exigibilidades estabelecidas pela legislação, vem, perante a Previdência BRB, formalizar sua opção pelos institutos abaixo assinalado:

Resgate de Contribuições
 _____% Autopatrocínio

Portabilidade
 _____% Benefício Proporcional Diferido - BPD

3. TERMO DE OPÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA (Preenchimento Exclusivo em caso de Resgate)

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.


4. DADOS DA ENTIDADE ADMINISTRADORA DO PLANO RECEPTOR (Preenchimento Exclusivo em caso de opção pela portabilidade)

Entidade:	CNPJ:	
Endereço:	Nº	
Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
Banco:	Agência:	Conta corrente:
Nome do Plano Receptor:	CNPB/SUSEP:	

5. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do requerente

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-022 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CV-03 Termo de Opção de Instituto	Área de Previdência

6. INSTITUTOS PREVISTOS NO PLANO DE BENEFÍCIOS CV-03

1. Autopatrocínio: é a faculdade do Participante manter-se vinculado ao Plano de Benefícios CV-03, assumindo o pagamento da contribuição pessoal e patronal.

2. Portabilidade: é a opção assegurada ao Participante de transferir os direitos acumulados neste Plano de Benefícios CV-03 para outro Plano administrado por entidade aberta ou por entidade fechada de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar o referido plano, desde que o Participante não esteja em gozo de quaisquer benefícios previstos no inciso I do artigo 30 do regulamento do Plano, tenha cessado seu vínculo empregatício com a Patrocinadora e tenha cumprido a carência para opção pela portabilidade de 3 (três) anos de vinculação do Participante a este Plano de Benefícios CV-03.

3. Benefício Proporcional Diferido: é faculdade assegurada ao Participante de optar por receber, em tempo futuro, o benefício decorrente dessa opção, calculado de acordo com as regras previstas no regulamento do Plano, em razão da cessação do vínculo empregatício com a Patrocinadora antes da aquisição do direito ao benefício pleno, desde que tenha no mínimo 03 (três) anos de vinculação a este Plano de Benefícios.

4. Resgate: é a faculdade assegurada ao Participante, que em se desligando da Patrocinadora e não estando em gozo de quaisquer benefícios previstos no inciso I do artigo 30 do Regulamento do Plano de Benefícios CV-03, sacar, em cota única, 100% (cem por cento) das contribuições pessoais devidamente corrigidas, até a data do seu desligamento da Patrocinadora. O valor é atualizado de acordo com a variação da cota patrimonial. Tem desconto do Imposto de Renda.

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

Brasília, ____ de _____ de ____.

Assinatura do requerente

7. DEFERIMENTO DA PREVIDÊNCIA BRB

Para uso da Diretoria:

Autorizado

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

1ª Via - Entidade: PREVIDÊNCIA BRB

2ª Via - Participante