

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-094 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD-05 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-05, 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:

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