	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-097 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -05 Requerimento de Autopatrocínio após Suspensão de Contrato com a Patrocinadora	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

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

2. REQUERIMENTO

O requerente acima identificado, tendo seu contrato de trabalho suspenso com a Patrocinadora em virtude de _____, pelo período de ____/____/____ a ____/____/____, vem requerer a manutenção de sua inscrição no Plano CD-05, administrado pela Previdência BRB, conforme disposto no Regulamento do Plano.

Assim sendo, desde já se compromete a pagar mensalmente as contribuições pessoais e patronais, que serão alocadas na Conta Individual do Participante.


O requerente declara estar ciente que a suspensão do seu contrato de trabalho com a Patrocinadora não será entendida como cancelamento de sua inscrição no Plano de Benefícios, ficando mantida a autorização do tratamento dos seus dados pessoais pela Previdência BRB durante o período da suspensão. No curso da suspensão, o requerente se compromete a manter atualizados os seus dados de cadastro perante a Previdência BRB.

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 pessoais e aquelas que seriam encargo do Patrocinador e 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.

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

	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-097 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD -05 Requerimento de Autopatrocínio após Suspensão de Contrato com a Patrocinadora	Área de Previdência

3. ASSINATURA DO REQUERENTE	
Brasília, ____ de _____ de ____.	_____
	Assinatura do requerente

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