

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:

Nº Matrícula:

Data de Cancelamento:

Telefone:

E-mail:

2. REQUERIMENTO

O requerente, acima identificado, vem requerer o CANCELAMENTO de sua inscrição no Plano de Benefícios BrasíliaPrev, em virtude de:

Declaro estar ciente de que perderá o direito aos benefícios previstos no Regulamento do Plano de Benefícios BrasíliaPrev.

O requerente declara estar ciente que encerrada a inscrição no Plano Benefícios, ou não havendo mais a necessidade de utilização dos dados pessoais, sejam eles sensíveis ou não, a Previdência BRB interromperá o tratamento dos dados pessoais disponibilizados, bem como as cópias porventura existentes, sejam em formato digital ou físico, podendo inclusive eliminá-los, salvo quando a Previdência BRB tenha que manter a integridade dos dados pessoais para o cumprimento de obrigação legal, regulatória, ou outra hipótese especificada na legislação brasileira.

O requerente autoriza 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

3. ASSINATURA DO REQUERENTE

Brasília, ____ de ____ de ____.

Assinatura do requerente

4. 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