	PREVIDÊNCIA BRB	FO-Previdência BRB-029 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD-02 Termo de Opção de Instituto	Área de Previdência

1. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Matrícula:	Empresa:	Data de Demissão:
Nome:		
Telefone:	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 CD-02 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 pelo instituto abaixo assinalado:

Resgate de Contribuições

Em Pagamento Único
 Autopatrocínio
 Parcelado em _____ vezes
 Portabilidade
 Benefício Proporcional Diferido - BPD

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

Opção, em caráter irrevogável, nos termos da Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024, pela aplicação do regime de tributação do Imposto de Renda previsto no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004 (TABELA REGRESSIVA).

Opto pelo regime regressivo estabelecido no art. 1º da Lei nº 11.053/2004, com as alterações da Lei nº 14.803/2024.
 Não opto pelo regime regressivo estabelecido no art. 1º da Lei nº 11.053/2004, com as alterações da Lei nº 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:	Telefone:
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-029 Revisão: 02
	Plano de Benefícios CD-02 Termo de Opção de Instituto	Área de Previdência

6. INSTITUTOS PREVISTOS NO PLANO DE BENEFÍCIOS CD-02

1. Autopatrocínio: é a faculdade do Participante manter-se vinculado ao Plano de Benefícios CD-02, 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 CD-02 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 32 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 CD-02.

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 32 do Regulamento do Plano de Benefícios CD-02, sacar, em cota única ou em até 12 (doze) parcelas, à sua escolha, 100% (cem por cento) das contribuições pessoais vertidas e 90% do saldo apurado da Conta Identificada da Patrocinadora 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