

À

Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil
Praia de Botafogo, 501/3º andar 22250-040 - Rio de Janeiro-RJ

Eu, , CPF nº , com o vínculo rompido do empregador (Banco do Brasil S.A. ou PREVI) em , onde possuía matrícula , diante das opções relacionadas pelo Regulamento do Plano PREVI Futuro, venho expressar minha opção pela alternativa abaixo assinalada:

Renda Mensal Vitalícia, de acordo com os Arts. 46 e 47 do Regulamento do Plano de Benefícios PREVI Futuro.

• Estou ciente de que, para apuração da minha renda mensal será utilizado o meu Saldo de Contas na data da chegada deste requerimento na PREVI.

COM reversão para beneficiários de Renda de Pensão por Morte

• Estou ciente de que, ocorrendo inclusão e/ou alteração de beneficiário(s) após a concessão da Renda Mensal Vitalícia, ou habilitação, quando do meu falecimento, de pensionista(s) não inscrito(s) como beneficiário(s), cujo cálculo atuarial para garantia do benefício do novo grupo resulte em majoração da Reserva de Pensão, o valor da Renda Mensal de Pensão por Morte a ser paga ao conjunto de beneficiários será recalculado pela PREVI, por equivalência atuarial, de forma a manter o compromisso assumido na concessão do benefício ao participante, conforme §2º do Art.49 do Regulamento do Plano, podendo resultar em valor inferior ao benefício previsto pela regra definida no caput do mesmo artigo.

SEM reversão para beneficiários de Renda de Pensão por Morte

• Estou ciente de que a minha opção de livre escolha de Renda Mensal Vitalícia sem reversão para beneficiários de Renda de Pensão por Morte é irrevogável e irretroatável. Quando da ocorrência do meu falecimento, fica encerrada e quitada a minha vinculação a PREVI, que estará desobrigada a proceder a concessão e pagamento de Renda de Pensão por Morte aos meus beneficiários, dependentes ou herdeiros que por ventura venham a se habilitar.

• Autorizo a imediata exclusão dos beneficiários no cadastro da PREVI.

e **SEM** o tempo mínimo de recebimento garantido.

e **COM** o tempo mínimo de recebimento garantido de:

5 anos **10 anos** **15 anos**

• Estou ciente de que ocorrendo o meu falecimento antes do término do prazo mínimo garantido apurado **a partir da data de início do benefício**, a Renda Mensal de Aposentadoria será paga às pessoas físicas por mim indicadas pelo período restante para cumprimento do prazo garantido.

• Estou ciente de que ocorrendo o meu falecimento após o término do prazo mínimo garantido apurado **a partir da data de início do benefício**, ficam extintas todas as obrigações da PREVI em relação ao Plano de Benefício PREVI Futuro.

Dados do benefício do INSS

(Preencha as informações abaixo, caso V.Sa. já as detenha):

Número do Benefício (NB):

Espécie do Benefício: Código:

Renda Mensal Inicial: R\$ **Data de Início do Benefício (DIB):**

Inscrição/Alteração de Futuros Beneficiários de Pensão por Morte

(Somente para as opções pelo recebimento das rendas **COM** reversão para beneficiários de Renda de Pensão por Morte)

ATENÇÃO

1. Relacione todos os seus beneficiários, mesmo que já constem no Cadastro da PREVI.
2. Em caso de exclusão de beneficiário cujo vínculo é cônjuge/companheiro(a), observar que, segundo o Regulamento do Plano de Benefícios, havendo pagamento de pensão alimentícia, o (a) ex-cônjuge/companheiro(a) deve permanecer no rol de beneficiários PREVI.
3. Informe se o dependente é inválido, sim (S) ou não (N).
4. Preencha o Código (Vínculo) conforme instruções ao final da lista abaixo.

1. Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado civil: <input type="text"/>
Inválido?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Código (Vínculo):	<input type="text"/>	
2. Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado civil: <input type="text"/>
Inválido?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Código (Vínculo):	<input type="text"/>	
3. Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado civil: <input type="text"/>
Inválido?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Código (Vínculo):	<input type="text"/>	
4. Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado civil: <input type="text"/>
Inválido?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Código (Vínculo):	<input type="text"/>	
5. Nome:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Estado civil: <input type="text"/>
Inválido?	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	Código (Vínculo):	<input type="text"/>	

Declaro que a(s) pessoa(s) acima são meus beneficiários de acordo com os normativos da PREVI.

Instruções para Inscrição dos Beneficiários

Código (Vínculo)	Poderão ser inscritos
20	O cônjuge separado judicialmente, o ex-cônjuge divorciado, todos desde que percebendo pensão alimentícia
30	A esposa ou o marido
40	Os filhos, de qualquer condição, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou maiores se inválidos
41	Os enteados menores de 24 (vinte e quatro) anos ou maiores se inválidos
42	Os menores que, por determinação judicial, se acham sob sua tutela e que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação, podendo ser mantida a inscrição, ainda que vencido o limite legal da tutela, desde que menores de 24 (vinte e quatro) anos e que persistam as condições de dependência, ou se inválidos
44	Os menores que, por determinação judicial, se acham sob sua guarda idem ao código 42
60	O pai e a mãe
61	Os irmãos, de qualquer condição, menores de 24 (vinte e quatro) anos, ou maiores, se inválidos
90	A(O) companheira(o)
97	A(O) ex-companheira(o), desde que percebendo pensão alimentícia.

Obs.:

1. Para efeito de concessão de benefício, é presumida a habilitação dos dependentes inscritos nos códigos 30, 40 (em relação aos inválidos, somente se a invalidez for anterior a 24 anos) e 90 (comprovada a união estável com o participante, na forma definida na legislação vigente).
2. Para os demais códigos e o 40, quando se tratar de filho inválido, cuja invalidez for posterior a 24 anos, a habilitação fica subordinada à comprovação de sua condição de dependente econômico na data de falecimento do participante.
3. A habilitação de dependente econômico não inscrito anteriormente ao falecimento do participante somente produzirá efeitos a partir da data em que se tenha realizado.

Pessoas Físicas Indicadas

(Somente para as opções pelo recebimento das rendas **SEM** reversão para beneficiários de Renda de Pensão por Morte e **COM** o tempo mínimo de recebimento garantido)

ATENÇÃO: Indique todas as pessoas físicas, preenchendo todos os dados cadastrais:

1. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Vínculo:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

Tel.: Cel.: E-mail:

2. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Vínculo:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

Tel.: Cel.: E-mail:

3. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Vínculo:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

Tel.: Cel.: E-mail:

4. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Vínculo:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

Tel.: Cel.: E-mail:

5. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Vínculo:

Endereço: Bairro:

Cidade: Estado: CEP:

Tel.: Cel.: E-mail:

Informações bancárias para recebimento da renda de aposentadoria

Crédito na conta corrente/DV: , mantida na agência do BB, prefixo/DV:

Autorizo a debitar a conta corrente acima na hipótese de eventuais acertos na Folha de Pagamento da PREVI, decorrentes de estornos de benefícios de responsabilidade da PREVI ou do INSS, de contribuições vertidas para o Plano de Benefícios PREVI Futuro, posterior à concessão da renda mensal.

Tenho conhecimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano PREVI Futuro, de 27/01/2012, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas, e autorizo a PREVI a tomar as providências necessárias para cumprimento das regras regulamentares.

Estou ciente de que, na hipótese de acertos de contribuições vertidas para o Plano de Benefícios PREVI Futuro por motivos diversos, inclusive por ações judiciais de responsabilidade do Patrocinador, posterior à concessão da renda mensal, o Saldo de Contas será pago em parcela única.

Estou ciente de que, é condição para concessão da Renda Mensal Vitalícia que não haja dívidas previdenciais relativas a contribuições devidas bem como as relativas a benefícios indeferidos, cancelados, encerrados ou decorrentes de cessação de invalidez. A cobrança parcelada de dívida de benefícios mediante contrato específico possibilita concessão de novo benefício a critério da PREVI.

Endereço residencial

Endereço: **Bairro:**
Cidade: **Estado:** **CEP:**
Tel.: **Cel.:** **E-mail:**

Serei responsável por todos os dados alterados no Portal PREVI na Internet, seção autoatendimento, através da minha senha particular.

Autorizo a PREVI a encaminhar as informações sobre o meu benefício por e-mail ou mensagem SMS via celular acima indicados.

Local/Data: _____ **Assinatura** _____

INFORMAÇÕES DA DEPENDÊNCIA OU RECONHECIMENTO DE FIRMA EM CARTÓRIO

- Abonamos a assinatura do requerente:

Assinatura e carimbo

Documentos: (01) cópia da rescisão de contrato de trabalho, no caso de desligamento por exoneração.

(02) cópia da carta concessória do INSS, no caso da solicitação de Renda Mensal de Aposentadoria, caso V.Sa. já a possua.