

À
Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil
aposentadoria.requerimento@previ.com.br

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:

Complemento de Aposentadoria por Invalidez de acordo com os arts. 34 e 35 do Regulamento do Plano de Benefícios Previ Futuro.

Declaro a minha opção pelo regime de tributação abaixo assinalado. Estou ciente de que essa opção é irrevogável e irretroatável, conforme Art. 1º § 6º da Lei nº 14.803, de 10/01/2024:

Progressivo **Regressivo**

Renda Mensal de Aposentadoria de acordo com os arts. 40 e 41 do Regulamento do Plano de Benefícios Previ Futuro.

- Estou ciente de que, caso a apuração da minha renda mensal resulte em prestação continuada, será utilizado o meu Saldo de Contas na data da minha exoneração ou na data da chegada deste requerimento na Previ.
- Estou ciente de que, caso a apuração da minha renda mensal resulte em prestação única, será utilizado o meu Saldo de Contas na data da chegada deste requerimento na Previ.
- Estou ciente de que, os dados coletados serão tratados segundo padrões de segurança da informação adequados e em total respeito às leis de privacidade aplicáveis, bem como, de acordo com a [Declaração de Privacidade da 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 de Aposentadoria, 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 §9º e 10º do Art. 44 do Regulamento do Plano, podendo resultar em valor inferior ao benefício previsto pela regra definida no caput do mesmo artigo.

Declaro a minha opção pelo regime de tributação abaixo assinalado. Estou ciente de que essa opção é irrevogável e irretroatável, conforme Art. 1º § 6º da Lei nº 14.803, de 10/01/2024:

Progressivo **Regressivo**

SEM reversão para beneficiários de Renda de Pensão por Morte

- Estou ciente de que a minha opção de livre escolha de Renda Mensal de Aposentadoria 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 à Previ, que fica desobrigada de pagar renda e qualquer valor para qualquer pessoa, tendo em vista que a partir da aposentadoria não se configura mais nenhum saldo individualizado em função da cobertura dos riscos financeiros e atuariais relacionados aos reajustes anuais e vitaliciedade do benefício, estando 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 do cadastro da Previ.

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

Declaro a minha opção pelo regime de tributação abaixo assinalado. Estou ciente de que essa opção é irrevogável e irretroatável, conforme Art. 1º § 6º da Lei nº 14.803, de 10/01/2024:

Progressivo **Regressivo**

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.

Declaro a minha opção pelo regime de tributação abaixo assinalado. Estou ciente de que essa opção é irrevogável e irretroatável, conforme Art. 1º § 6º da Lei nº 14.803, de 10/01/2024:

Progressivo **Regressivo**

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: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Inválido? S N Código (Vínculo):

2. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Inválido? S N Código (Vínculo):

3. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Inválido? S N Código (Vínculo):

4. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Inválido? S N Código (Vínculo):

5. Nome: CPF:

Data de Nascimento: Sexo: M F Estado civil:

Inválido? S N Código (Vínculo):

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	44	Os menores que, por determinação judicial, se acham sob sua guarda idem ao código 42
30	A esposa ou o marido	60	O pai e a mãe
40	Os filhos, de qualquer condição, menores de 24 (vinte e quatro) anos ou maiores se inválidos	61	Os irmãos, 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	90	A(O) companheira(o)
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, se inválidos.	97	A(O) ex-companheira(o), desde que percebendo pensão alimentícia.

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 30/9/2022, 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 de Aposentadoria ou da Renda Mensal Antecipada de Aposentadoria 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

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.