

**À Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil - PREVI**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, participante do Plano Previ Família, com inscrição nº \_\_\_\_\_, diante dos benefícios previstos no Regulamento do Plano Previ Família, venho requerer a alternativa abaixo assinalada:

- BENEFÍCIO DE RENDA MENSAL**, de acordo com os Artigos 23 a 26 do Regulamento do Plano Previ Família.
- Renda Mensal no percentual de \_\_\_\_\_ % (0,2% a 2%) do Saldo Total;
- COM recebimento em pagamento único de até 25% do Saldo Total, no percentual de \_\_\_\_\_ % .
- SEM recebimento de pagamento único de até 25% do Saldo Total.

Obs.: Art. 26 O valor do benefício será pago considerando a quota disponível na data da apuração dos valores para pagamento.

**OU**

- Renda em cotas por prazo certo – calculada pela transformação do Saldo de Conta de Benefício Concedido em renda mensal, a ser paga por prazo certo de, no mínimo, 60 (meses), a critério do participante no prazo de \_\_\_\_\_.
- COM recebimento em pagamento único de até 25% do Saldo Total, no percentual de \_\_\_\_\_ %
- SEM recebimento de pagamento único.

Obs.: Art. 26 O valor do benefício será pago considerando a quota disponível na data da apuração dos valores para pagamento.

- BENEFÍCIO TEMPORÁRIO DE ATÉ 50% DO SALDO DE CONTA TOTAL**, quando atingir 5 (cinco) anos de **acumulação**, de acordo com os Artigos 32 e 33 do Regulamento do Plano Previ Família:

Quantidade de Parcelas: \_\_\_\_\_ meses (mínimo 24 (vinte e quatro) e máximo de 60 (sessenta) meses).

- COM recebimento em pagamento único de até 25% do Saldo de Conta do Benefício Concedido, no percentual de \_\_\_\_\_ %.
- SEM recebimento de pagamento único.

Obs.: O valor do benefício será pago considerando a quota disponível na data da apuração dos valores para pagamento.

**BENEFÍCIO TEMPORÁRIO DE ATÉ 70% DO SALDO DE CONTA TOTAL**, quando atingir 10 (dez) anos de acumulação, de acordo com o Artigos 32 e 33 do Regulamento do Plano Previ Família:

Quantidade de Parcelas: \_\_\_\_\_ meses (mínimo 24 (vinte e quatro) e máximo de 60 (sessenta) meses).

COM recebimento em pagamento único de até 25% do Saldo de Conta do Benefício Concedido, no percentual de \_\_\_\_\_ %.

SEM recebimento de pagamento único.

Obs.: O valor do benefício será pago considerando a quota disponível na data da apuração dos valores para pagamento.

Declaro a minha opção pelo regime de tributação abaixo assinalado, de acordo com a Lei nº11.053, de 29/12/2004, alterada pela Lei nº 14.803, de 10/01/2024. Estou ciente de que esta opção é irrevogável e irretroatável. A alteração do regime de tributação somente é permitida aos participantes que estejam com a inscrição ativa no plano de benefícios no momento da solicitação do benefício declarado e que não tenham exercido opção de regime de tributação após 10/01/2024.

Progressivo     Regressivo

## RESIDENTES NO EXTERIOR

Data da Comunicação de Saída Definitiva do país \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, conforme Declaração de Saída da Receita Federal, recibo nº \_\_\_\_\_, entregue em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. País de residência fiscal no exterior: \_\_\_\_\_.

**PERFIL DE INVESTIMENTO:** O associado que estiver recebendo benefício de renda mensal ou benefício temporário também poderá realizar alteração do perfil de investimento. As alterações de perfil podem ser solicitadas nos meses de abril, agosto e dezembro no autoatendimento do site [www.previfamilia.com.br](http://www.previfamilia.com.br) ou no **app Previ**, disponível para as plataformas Android e iOS. A vigência do novo perfil começa no mês seguinte à solicitação. A alteração de Perfil de Investimento será efetivada considerando o valor da cota do último dia do mês da data de opção.

## INFORMAÇÕES BANCÁRIAS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

BANCO:

CÓD.BANCO:

AGÊNCIA:

C. CORRENTE/DV:

## ENDEREÇO RESIDENCIAL E CONTATO

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

TEL.:

CEL.:

EMAIL:

## Contato(s) em caso de falecimento do titular

Nome: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ (cônjuge, irmão, amigo etc.)

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ (cônjuge, irmão, amigo etc.)

Tel.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Responsabilizo-me por todos os dados alterados no Portal Previ na Internet, seção Autoatendimento, através de 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 do Participante

O formulário deverá ser enviado digitalmente para o e-mail: [previfamilia.beneficios@previ.com.br](mailto:previfamilia.beneficios@previ.com.br)