|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ALTERAÇÃO de PERFIL DE INVESTIMENTO**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  2011.0004-83 | |  |
| Instituidor | | Matricula no Plano | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nome Completo do Participante (sem abreviações) | | | | | | | CPF | | | | CEP | Endereço (Logradouro) | | | | | | | Número | | Complemento | País | UF | | Município | | Bairro | | | | Telefone Comercial  (  ) | Telefone Celular  (  ) | | Telefone Residencial  (  ) | | E-mail | | | | | | | |
| Declaro, para fins de participação no **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, ter pleno conhecimento das normas estatutárias e regulamentares aplicáveis e, de acordo com o Regulamento do Plano, formalizo, por minha conta e risco e sob a minha exclusiva responsabilidade, a minha escolha de Perfil de Investimento para aplicação dos recursos de minha **Conta de Participante**, conforme opção abaixo:  **CONSERVADORA FIX  CONSERVADORA RF  MODERADA MIX 15  ARROJADA MIX 30**  Declaro ainda, estar ciente dos riscos a que estão expostos os investimentos realizados através de renda fixa e renda variável.  Ter recebido do Instituidor/Sociedade a Política de Investimentos das Carteiras do Plano contendo informações necessárias sobre os perfis de Investimentos que serviram de base para a escolha da Carteira que atende às características e necessidades de alocação dos recursos a mim pertinentes.  Estar ciente que a opção por uma das Carteiras de Investimento só poderá ser alterada nos meses de **Janeiro, Maio e Setembro** de cada ano, sendo que a Entidade deverá recepcionar o formulário próprio para **alteração**, devidamente preenchido, até o 15º dia do mês em referência. Caso o formulário seja recepcionado pela Entidade após o referido prazo, este será desconsiderado.  A opção será implantada a partir do mês subsequente, e não havendo manifestação do Participante e Assistido, seus recursos serão mantidos na última carteira de investimento escolhida.  Estar ciente que os riscos financeiros envolvidos e rentabilidade obtida no passado não representam garantia de resultados futuros. O plano não conta com quaisquer garantias para cobertura de possíveis perdas ocorridas na Carteira escolhida.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura do Participante Assinatura e carimbo do Representante  (Firma Reconhecida por Autenticidade)\* Outorgado do Plano de Benefícios  **\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.** | | | |

1ª via MultiBRA / 2ª via Instituidor / 3º via Participante