|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PARA BENEFICIÁRIO**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  CNPB Nº 2011.0004-83 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **BENEFÍCIO REQUERIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PENSÃO POR MORTE ANTES DA APOSENTADORIA:**  O benefício de Pensão por Morte será concedido, mediante requerimento, aos Beneficiários do Participante, em caso de falecimento. O beneficiário deverá escolher a forma de recebimento da renda mensal dentre as seguintes opções:  **Renda Mensal por Percentual:** determinada a cada mês pela aplicação do percentual de      % (até 3,5%) incidente sobre o saldo da Conta de Participante.  **Renda Mensal de Valor Constante**: de valor monetário fixo de R$      , limitado a 3,5% do saldo de Conta de Participante.  O benefício será pago em forma de renda mensal, 12 vezes ao ano. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PENSÃO POR MORTE POSTERIOR À APOSENTADORIA:**  Ocorrendo a morte do Assistido em gozo de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria por Invalidez, a renda mensal será convertida em Pensão por Morte, e paga aos Beneficiários até o esgotamento do saldo da Conta de Participante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo do Solicitante (Sem Abreviações) | | | | | | | | | | | | | | Grau de Parentesco com o Participante | | | | | | | | |
| Data de Nascimento do Solicitante       /     / | | | | | | Inválido  Sim  Não | | | | | | Sexo  F  M | | Cursa Nível Superior  SIM  NÃO | | | | | | | | |
| Nacionalidade | | | | | | Naturalidade (Cidade) | | | | | | UF | | Estado Civil  Solteiro Casado Viúvo Separado Divorciado Convivência Marital | | | | | | | | |
| CEP | Endereço (Logradouro) | | | | | | | | | | | | | | | | | Número | | | | |
| Complemento | País | | | | | | UF | | Município | | | | | | | | Bairro | | | | | |
| Telefone Comercial  (  ) | | | | | Telefone Celular  (  ) | | | Telefone Residencial  (  ) | | | | | | | | | E-mail | | | | | |
| Documento de Ident. (RG, CNH…) | | | | | Núm. do Documento | | | | | | | Órgão Expedidor/UF | | | | | Data de Expedição    /  / | | | | CPF | |
| Data de Validade      /     / | | | | | País Emissor | | | | | | | Data de Nascimento    /  / | | | | | Local de Nascimento | | | | País de Nascimento | |
| Nome Completo da Mãe (sem abreviações) | | | | | | | | | | Nome Completo do Pai (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO PARTICIPANTE FALECIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo do Participante (Sem Abreviações) | | | | | | | | | | | | | | | Matrícula no Plano | | | | | | | |
| CPF Nº | | RG | | | | Sexo  F  M | | | Data de Nascimento do Participante       /     / | | | | | | | | | | Data de Falecimento do Participante       /     / | | | |
| **DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO (SOMENTE CONTA CORRENTE)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Correntista | | | | | | | | | | | | | | | CPF Nº | | | | | | | |
| Nome do Banco | | | | | | | Código do Banco | | | | | Nome da Agência | | | | | | | | | Código da Agência | |
| Número da Conta | | | | | | | Cidade da Agência | | | | | | | | Estado | | | | | | | |
| **INFORMAÇOES FISCAIS - FATCA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - Possui alguma nacionalidade além da declarada?  **Sim  Não**  2 - Possui alguma residência fiscal diferente da brasileira? **Sim  Não**  3 - Possui visto de residência permanente válido em outros países, como por exemplo Green Card?  **Sim  Não**  Em caso afirmativo à qualquer opção acima e/ou em caso de nascimento ou nacionalidade em país estrangeiro, preencher os campos abaixo:  No campo “referência”, assinale **1** para informações relativas ao país de nascimento, **2** para informações relativas à nacionalidade, **3** para informações relativas à residência fiscal e **4** para informações relativas ao visto de residência permanente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ref | | País | Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba. | Sua jurisdição não exige o NIF.  É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior. | | Nº de Identificação fiscal/NIF | | | | Ref | País | | Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba. | Sua jurisdição não exige o NIF.  É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior. | | Nº de Identificação fiscal/NIF | | | | Ref | País | | Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba. | Sua jurisdição não exige o NIF.  É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior. | | Nº de Identificação fiscal/NIF | | | | Ref | País | | Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba. | Sua jurisdição não exige o NIF.  É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior. | | Nº de Identificação fiscal/NIF | | | | Renunciou/Abdicou a nacionalidade? (Necessária a apresentação de documentação comprobatória)  Sim  Não | | | | | | Em caso afirmativo, de quais países houve a renúncia/abdicação? | | | | | | Nota: Em caso de renúncia/abdicação, apresentou a documentação comprobatória?  Sim  Não | | | | | | **Cliente** | | | | |   Declaro que sou o titular de todos os valores e investimentos movimentados ou detidos por intermédio desta conta/contrato (ou sou o representante legal autorizado a assinar pelo titular) e que são verdadeiras e completas as informações por mim prestadas e constantes neste formulário, devendo manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere, no prazo de 10 dias, ou quando solicitado por esta Instituição. Autorizo o compartilhamento das informações constantes neste formulário (ou contrato) e nos demais acerca de alteração cadastral, bem como os dados financeiros relativos às minhas contas, meus investimentos, meu(s) produto(s) de previdência, seguros e consórcios com as empresas da Organização Bradesco para reporte às fontes pagadoras de rendimentos ou aos depositários centrais ou agentes escrituradores de títulos ou valores mobiliários inerentes à conta, às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na jurisdição de nascimento, ou das quais sou cidadão, nacional ou residente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES – PPE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante?**   Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do cargo ou função | | | | Data Início Exercício    /  / | | | | | | | Data Fim Exercício    /  / | | | | | Empresa/Órgão Público | | | | | | CNPJ |
| **Possui relacionamento / ligação com Agente Público?**  Sim  Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Agente Público, seu representante ou pessoa de seu relacionamento. | | | | | | | | CPF | | | | | Nome do cargo ou função | | | | | | | Tipo de relacionamento ou função | | |
| 1 – De acordo com o art. 3º da Instrução PREVIC Nº 18, de 18/12/2014, consideram-se Pessoas Politicamente Expostas:  I – Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivos e Legislativos da União;  II – Os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União;  III – Os membros do Conselho Nacional de Justiça do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;  IV – Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador Geral da República, o Vice-Procurador Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais da Justiça dos Estados e do Distrito Federal;  V – Os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;  VI – Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e  VII – Os prefeitos e presidentes das Câmaras Municipais das Capitais de Estado.  2 – Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras: São aquelas que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro, por exemplo: chefes de Estado e do Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas dirigentes de partidos políticos.  Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações por mim prestadas e constantes neste formulário e que deverei manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA BENEFÍCIO POR MORTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cópia da Certidão de Óbito  Cópia da Certidão de Casamento/União Estável  Cópia do documento de identidade do Beneficiário | | | | | | | | | | | | Cópia do CPF do Beneficiário  Cópia do comprovante de residência do Beneficiário  Cópia do Cartão Magnético/Folha de Cheque do Beneficiário | | | | | | | | | | |
| No caso de pensão por morte, se houver mais de um beneficiário e este for maior de idade, o mesmo deve preencher um requerimento com os seus dados e informação de conta para pagamento em seu nome.  No caso de beneficiários menores de idade, a pensão será paga ao representante legal com preenchimento do requerimento para cada beneficiário. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaração do Beneficiário**  Na qualidade de **Beneficiário e/ou Designado** do **Participante** do **Plano de Aposentadoria ACRICELPREV** instituído pelo Instituidor, através de inscrição feita pelo Participante acima mencionado ao **MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo**, venho requerer o Benefício acima assinalado a ser calculado conforme documentos anexos e de acordo com os respectivos artigos do Regulamento do Plano.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura do Beneficiário (Firma Reconhecida)  **\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaração do Instituidor**  Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas à vista dos originais dos documentos comprobatórios e dos demais elementos das informações apresentadas.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data Assinatura e carimbo do Representante Outorgado do Plano de Benefícios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Encaminhar uma via deste documento assinado para: **MultiBRA Instituidor – Fundo Múltiplo**

Rua Tenente Francisco Ferreira de Souza, 805, Bloco 1 Ala 1 / Vila Hauer – Curitiba / PR – CEP 81.630-010

Central de Atendimento: 4004-5926 (Capitais e regiões metropolitanas) / 0800-723-5926 (Demais localidades)