

MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO



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 (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nome Completo do Solicitante (Sem Abreviações)				Grau de Parentesco com o Participante	
Data de Nascimento do Solicitante		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Convivência Marital		
Nacionalidade	Naturalidade (Cidade)		UF		
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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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		

INFORMAÇÕES FISCAIS - FATCA

1 - Possui alguma nacionalidade além da declarada?  Sim  Não

2 - Possui alguma residência fiscal diferente da brasileira?  Sim  Não

## MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

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	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF. <input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.
Nº de Identificação fiscal/NIF			
Ref	País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF. <input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.
Nº de Identificação fiscal/NIF			
Ref	País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF. <input type="checkbox"/> É dispensado do NIF, de acordo com as regras do órgão de administração tributária no exterior.
Nº de Identificação fiscal/NIF			
Ref	País	<input type="checkbox"/> Aguardando a emissão do número de identificação fiscal, o qual comprometo-me a entregar tão logo o receba.	<input type="checkbox"/> Sua jurisdição não exige o NIF. <input type="checkbox"/> 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 estar ciente de que os meus dados pessoais coletados por meio do presente instrumento poderão ser compartilhados com instituições localizadas fora do país, para fins do cumprimento das Leis e Regulamentações FATCA e CRS. Estou ciente, ainda, de que caso tenha qualquer dúvida com relação ao tratamento dos dados pessoais pelo Bradesco ou dos meus direitos, enquanto titular dos dados, previstos na Lei Federal 13.709/2018 (“LGPD”), poderei entrar em contato através do canal [protecao.dados@bradescoseguros.com.br](mailto:protecao.dados@bradescoseguros.com.br).

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.

O Bradesco declara que os dados pessoais tratados em razão do presente documento, não obstante o encerramento da relação jurídica, serão retidos para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, bem como para resguardar os direitos do Bradesco em eventual ação judicial ou procedimento administrativo, observados os prazos prescricionais previstos na legislação vigente, assegurada a privacidade do titular bem como os demais direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados.

### 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

## MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

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 24/12/2014, 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;

a) de ministro de Estado ou equiparado;

b) de natureza especial ou equivalente;

c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e

d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS, nível 6, e equivalentes;

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 do Cartão Magnético/Folha de Cheque do Beneficiário
Cópia da Certidão de Casamento/União Estável	Cópia do CPF do Beneficiário
Cópia do documento de identidade do Beneficiário	Cópia do comprovante de residência do Beneficiário

**SUJEITO A RECUSA DO PROCESSO NA FALTA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS. CASO SEJA NECESSÁRIO, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE.**

No caso de beneficiários menores de idade, a pensão será paga ao representante legal com preenchimento do requerimento para cada beneficiário.

Os dados presentes neste documento e que serão tratados para a prestação dos serviços aqui previstos, serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018).

Caso deseje obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados, pela MultiBRA Instituidor Fundo Múltiplo consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em <https://multibra.bradescoseguros.com.br/portal/>

Declaração do Beneficiário/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 do Beneficiário

Assinatura e carimbo do Representante

(Firma Reconhecida)\*

Outorgado do Plano de Benefícios\*

\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura 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).