

MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO



REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PARA PARTICIPANTE
 PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV
 CNPB Nº 2011.0004-83



BENEFÍCIO REQUERIDO

APOSENTADORIA NORMAL

O benefício de Aposentadoria Normal será concedido ao Participante, mediante requerimento, após completar a idade estabelecida no formulário de inscrição.

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

O Participante que rescindir seu vínculo associativo com o Instituidor, antes da aquisição do direito ao benefício pleno previsto neste Regulamento, poderá optar pelo Benefício Proporcional Diferido, assumindo a condição de Vinculado. Participante poderá requerer depois de cumprida a carência etária fixada para recebimento da Aposentadoria Normal.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA O BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA E BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

Requerimento de Benefícios

Cópia do Cartão Magnético/Folha de Cheque

Cópia do documento de identidade do Participante

Cópia do CPF do participante

Cópia comprovante de residência

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

O benefício de Aposentadoria por Invalidez será concedido, mediante requerimento, ao Participante que tenha se tornado permanentemente inválido e não esteja recebendo benefício de Aposentadoria Normal, independentemente do cumprimento de quaisquer carências.

A invalidez deverá ser comprovada mediante a apresentação da carta de concessão do benefício por invalidez expedida pela Previdência Social.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA PARA O BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Requerimento de Benefícios

Cópia Certidão de Concessão de Benefício pelo INSS

Cópia do Cartão Magnético/Folha de Cheque

Cópia do documento de identidade do participante

Cópia do CPF do participante

Cópia comprovante de residência

Solicito o benefício acima assinalado, optando por receber conforme alternativas assinaladas abaixo:

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.

*** SUJEITO A RECUSA DO PROCESSO NA FALTA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS;**

*** CASO NECESSÁRIO, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE.**

DADOS DO PARTICIPANTE (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Instituidor				Matrícula do Participante			
Nome Completo do Participante (sem abreviações)						Nacionalidade	
Sexo	Estado Civil do Participante			Naturalidade (Cidade)		UF	
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viúvo				
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Convivência Marital	<input type="checkbox"/> Separado				
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	

MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

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)		

INFORMAÇÕES 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	<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.

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.

MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

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 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.

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	

Beneficiário: São pessoas livremente indicadas pelos Participantes para recebimento do benefício decorrente de seu falecimento.

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Parentesco	%

Designado: São designadas as pessoas inscritas pelo Participante na Entidade que, em caso de falecimento de Participante e na hipótese de falecimento de todos os Beneficiários, receberão em parcela única o saldo remanescente da Conta de Participante conforme previsto no Regulamento do Plano.

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Parentesco

- Estas indicações SUBSTITUEM todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Este parágrafo se aplica, inclusive, caso não haja indicação de nenhum beneficiário.
- Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Indicações com campos em branco serão consideradas NULAS.
- Para todos os beneficiários Inválidos, será necessário enviar documentos comprobatórios (Atestado médico com CID e/ou Declaração INSS).

MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

Informamos que, caso a opção assinalada não esteja em conformidade com o benefício que lhe é devido assegurado pelos critérios de elegibilidade previstos no regulamento do plano, providenciaremos a concessão de acordo com o benefício que se enquadra, dispensando assim a necessidade de envio de novo requerimento.

Na qualidade de Participante do Plano de Benefícios, instituído pelo Instituidor mencionado acima, declaro estar ciente e de acordo com a opção cadastrada, referente ao Regime Tributário instituído pela Lei 11.053 de 29 de dezembro de 2004, que será utilizado para aplicação do desconto dos impostos devidos.

Declaro ainda estar ciente de que a opção de Regime Tributário cadastrada está disponível no portal Homeprev em: <https://multibra.bradescoseguros.com.br/portal/> > Extrato Individual.

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 Participante/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 Participante
(Firma Reconhecida)*

Assinatura e carimbo do Representante
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).
