

MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO



ALTERAÇÃO CADASTRAL  
 PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  
 CNPB Nº 2011.0004-83



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

Instituidor					Matrícula	
Nome Completo do Participante (sem abreviações)				Data de Nascimento		CPF
Estado Civil		Sexo				
Naturalidade (cidade)		UF	Nacionalidade	País de Nascimento		Ocupação Profissional
Documento Identificação		Nº do Documento		Data Emissão	Data Validade	País Emissor
Número do RG		Órgão Expedidor/UF		Data de Expedição		
CEP	Endereço (Logradouro)				Número	Complemento
País		UF	Município		Bairro	
DDD Tel. Comercial	DDD Tel. Celular		DDD Tel. Residencial		E-mail	
Nome Completo da Mãe (sem abreviações)				Nome do Pai (sem abreviações)		
Nome Completo Cônjuge / Companheiro (a) (sem abreviações)					Data de Nascimento do Cônjuge	

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](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 - Pessoas Politicamente Expostas**

Com a finalidade de atender as determinações da Instrução PREVIC Nº 18 de 24/12/2014, torna-se necessário o preenchimento das informações complementares abaixo, no momento da inscrição ao Plano. O preenchimento incorreto implicará na devolução da proposta de inscrição.

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.

**Beneficiário:** O Participante ou Assistido deverá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s) para recebimento da Pensão por Morte, decorrente de seu falecimento. A inscrição do Beneficiário no Plano é requisito indispensável à obtenção de qualquer benefício assegurado por este Regulamento. O Participante ou Assistido poderá alterar o rol de Beneficiários a qualquer momento, mediante requerimento à Entidade de Previdência Gestora. Para efeito de reconhecimento da inscrição do Beneficiário, será considerada a última declaração prestada pelo Participante ou Assistido. No ato da inscrição ou a qualquer momento, o Participante deverá indicar o percentual de rateio da Pensão por Morte em favor dos Beneficiários.

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Parentesco*	Situação**	% rateio

**Beneficiários designados:** São Designados 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*	Situação**	% rateio

\*Parentesco: 1 – Cônjuge    2 – Companheiro(a)    3 – Filho(a)    4 – Enteado(a)    5 – Pai/Mãe  
\*\*Situação: 1 – Válido    2 – Inválido    3 – Universitário    4 – Menor

**Obrigatório o envio de cópia dos documentos pessoais de RG e CPF dos Beneficiários relacionados no quadro acima. A ausência destes documentos acarretará em recusa do formulário.**

#### Indicação de Idade Elegível para Aposentadoria Normal

Indico a idade de \_\_\_\_\_ anos, na qual serei elegível ao Benefício de Aposentadoria Normal, ciente que poderei alterar a idade apenas uma vez ao ano.

**ATENÇÃO! Esta indicação SUBSTITUI todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão/ proposta de inscrição (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Este parágrafo se aplica, inclusive, caso não haja indicação de nenhum beneficiário nos campos acima.**

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/porta/>

#### 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

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)