|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PARA BENEFICIÁRIO**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  CNPB N° 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  F  M | Estado Civil  Solteiro Casado Viúvo Separado Divorciado 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  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 | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Residência Fiscal Fora do Brasil?  **Sim  Não** | Visto de Permanência Fora do Brasil?  **Sim  Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMAÇOES FISCAIS - FATCA** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - Nasceu nos E.U.A. ou em seus territórios? **Sim  Não**  2 - Possui nacionalidade ou cidadania norte-americana?**Sim  Não**  3 - Possui Green Card? **Sim  Não**  4 - É residente fiscal nos E.U.A? **Sim  Não**  **Nota:** Ao selecionar Sim para qualquer pergunta acima, é obrigatório informar o Nº de Identificação Fiscal - SSN - Social Security Number:  Me recuso a fornecer o SSN - Social Security Number, e estou ciente de sua obrigatoriedade para atendimento das normas emanadas pela Receita Federal do Brasil e das demais normas inerentes ao FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e que a sua ausência poderá implicar nas consequências previstas na legislação aplicável.  Declaro, para os devidos fins de direito, sob as penas da Lei, que “NÃO SOU” residente fiscal nos E.U.A., pois me enquadro em uma ou mais situações abaixo:  1 - Sou estudante, professor, trainee ou estagiário de uma entidade de ensino norte-americana ou participo de um programa de intercâmbio cultural ou educacional e possuo o visto para presença nos E.U.A. especificamente relacionado a essas modalidades de estadia (vistos "F", "J", "M", ou "Q").  2 - Nos E.U.A., atuo como diplomata estrangeiro ou ocupo cargos em consulados, embaixadas ou organizações internacionais.  3 - Sou esposa(o) ou filho solteiro menor de 21 (vinte e um) anos de pessoas que atendem às condições 1 ou 2.  4 - Não foi caracterizada minha presença substancial nos E.U.A. conforme estabelece o "Substantial Presence Test" pelo IRS-Internal Revenue Service (site: https://www.irs.gov/Individuals/International- Taxpayers/ Substantial-Presence-Test).  5 - Abdiquei da nacionalidade ou cidadania dos E.U.A. conforme Certificado de Perda de Nacionalidade (Certificate of Loss Of Nationality), emitido pelo Bureau of Consular Affairs do Estado dos E.U.A., anexo a esta declaração.  6 - Apesar de ter nascido nos E.U.A., conforme declaração anexa, renunciei à cidadania dos E.U.A. (embora ainda não possua Certificado correspondente) ou não adquiri tal cidadania ao nascer.  7 - Não possuo visto do tipo "Green Card" e não solicitei tal visto aos E.U.A.  8 - Abdiquei do meu visto do tipo "Green Card", conforme Certificado de Abandono do Green Card, emitido por autoridade consular dos E.U.A. no Brasil, anexo a esta declaração.  9 - Não possuo residência fiscal nos E.U.A., apesar de apresentar em meu cadastro indícios de ser US Person, tais como: endereço, telefone, caixa postal nos EUA, procurador com endereço nos E.U.A. ou transferência de recurso para os E.U.A.  **Nota:** favor anexar Certificados e Pareceres citados nos itens 5, 6 ou 8 caso os tenha assinalado.  **INFORMAÇÃO:** FATCA é um acordo Internacional de troca de informações fiscais entre Brasil e Estados Unidos da América (E.U.A.), com intuito e combater e coibir a evasão fiscal. O Decreto nº 8.506, de 24 de agosto de 2015 dispõe sobre as regras vigentes. O website do IRS-Internal Revenue Service (órgão tributário norte americano)  <https://www.irs.gov/businesses/corporations/foreign-account-taxcompliance-act-fatca> contempla informações no âmbito internacional sobre o acordo. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informações Fiscais - Demais Países - CRS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço Permanente no Exterior:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | CEP | Endereço (Logradouro) | Número | Complemento | | País | Estado | Município | Bairro | | Caixa Postal | (DDI) (DDD) Tel. Celular | (DDI) (DDD) Tel. Comercial | (DDI) (DDD) Tel. Outros | | País de Residência Fiscal | \*Nº de Identificação Fiscal (NIF) / TIN - Tax Identification Number | | |   **\*Nota:** Ao declarar Residencia Fiscal diferente de Brasil, é obrigatório informar o Nº de Identificação Fiscal - (NIF) / TIN - Tax Identification Number no campo acima.  **INFORMAÇÃO:** CRS é um acordo multilateral de troca de informações fiscais envolvendo mais de 100 países com intuito de coibir a evasão fiscal.  A Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.680, de 28 de dezembro de 2016 dispõe sobre as regras vigentes.  O website da OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) https://www.oecd.org/tax/automaticexchange/common-reporting-standard contempla informações no âmbito internacional sobre o acordo.  \* O Número de Identificação Fiscal é fornecido pelo órgão de administração tributária do país estrangeiro, destinado ao tratamento de informação fiscal. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pessoas Politicamente Expostas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Em atendimento as determinações da Instrução Normativa PREVIC Nº 34, de 28 de Outubro de 2020: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Preenchimento Obrigatório** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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/MF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Possui relacionamento / ligação com Agente Público?** **Sim  Não** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nome do Agente Público, seu representante ou pessoa de seu relacionamento. | CPF/MF | Telefone | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Nome do Cargo ou Função | Tipo de Relacionamento / Ligação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - De acordo com o art. 15 da Instrução Normativa PREVIC Nº 34, de 28/10/2020:  "§ 1º Consideram-se pessoas expostas politicamente:  I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;  II - os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União, de:  a) Ministro de Estado ou equiparado;  b) natureza especial ou equivalente;  c) presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta; e  d) grupo Direção e Assessoramento Superiores (DAS), nível 6, ou equivalente.  III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal, dos Tribunais Superiores, dos Tribunais Regionais Federais, dos Tribunais Regionais do Trabalho, dos Tribunais Regionais Eleitorais, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho e do Conselho da Justiça Federal;  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 de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;  V - os membros do Tribunal de Contas da União, o Procurador-Geral e os Subprocuradores- Gerais do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;  VI - os presidentes e os tesoureiros nacionais, ou equivalentes, de partidos políticos;  VII - os governadores e os secretários de Estados e do Distrito Federal, os deputados estaduais e distritais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta estadual e distrital e os presidentes de Tribunais de justiça, Tribunais Militares, Tribunais de Contas ou equivalentes dos Estados e do Distrito Federal; e  VIII - os prefeitos, os vereadores, os secretários municipais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os presidentes de Tribunais de Contas ou equivalentes dos municípios.  pública indireta municipal e os presidentes de Tribunais de Contas ou equivalentes dos municípios.  § 2º São também consideradas expostas politicamente as pessoas que, no exterior, sejam:  I - chefes de estado ou de governo;  II - políticos de escalões superiores;  III - ocupantes de cargos governamentais de escalões superiores;  IV - oficiais-generais e membros de escalões superiores do Poder Judiciário;  V - executivos de escalões superiores de empresas públicas; ou  VI - dirigentes de partidos políticos.  § 3º São também consideradas pessoas expostas politicamente os dirigentes de escalões superiores de entidades de direito internacional público ou privado." | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Cartão Magnético/Folha de Cheque do Beneficiário  Cópia do CPF do Beneficiário  Cópia do comprovante de residência do Beneficiário | | | | | | | |
| **SUJEITO A RECUSA DO PROCESSO NA FALTA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS. Caso seja necessário, a Bradesco Saúde se resguarda no direito de solicitar documentação complementarCASO SEJA NECESSÁRIO, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE. Caso seja necessário, a Bradesco Saúde se resguarda no direito de solicitar documentação complementar. Caso seja necessário, a Bradesco Saúde se resguarda no direito de solicitar documentação complementar.**   * 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)**.** | | | | | | | | | | | | | | | | |