|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **alteração de recebimento do benefício**  PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  CNPB Nº 2011.0004-83 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **DADOS DO PARTICIPANTE (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituidor | | | | | | | | | | | | | Matricula do Participante | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | | | | | | Nacionalidade | | | | | | | | | |
| Sexo  F  M | | Estado Civil do Participante  Solteiro Casado Viúvo  Divorciado Convivência Marital Separado | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | |
| **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." | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaração do Participante**  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 e beneficiário final efetivo 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.  Estou ciente de que, em razão de obrigação leal ou regulatória, ocorrerá o reporte das informações constantes neste formulário(ou contrato) às fontes pagadoras de rendimentos ou aos depositários centrais ou agentes escriturados de títulos ou valores mobiliários inerentes à conta, às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos de 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.  **Nota:** A Empresa que representa a Organização Bradesco é a KIRTON Administração de Serviços para Fundo de Pensão LTDA, CNPJ 30.458.178/0001-41, responsável pela administração de passivo dos planos de benefícios previdenciários da EFPC - MultiBRA Fundo de Pensão. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De acordo com o Regulamento do **Plano de Aposentadoria ACRICELPREV,** instituído pelo Instituidor, solicito a alteração da forma de recebimento do meu Benefício, passando a vigorar a forma assinalada 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.  A partir da concessão do Benefício, o Participante/Beneficiário poderá optar pelo recebimento de:  Adiantamento do valor de R$       a ser creditado na minha conta corrente no mês de            .  Adiantamento do valor de R$       a ser creditado na minha conta corrente no período de            até           .  Adiantamento equivalente a      % do meu saldo de conta a ser creditado na minha conta no mês de            .  Adiantamento equivalente a      % do meu saldo de conta a ser creditado na minha conta no período de            até           .  Mediante requerimento dirigido ao MultiBra Fundo de Pensão, a qualquer momento o Assistido poderá alterar o percentual da renda mensal e, no mês de dezembro, o valor monetário fixo (no caso de renda mensal de valor constante). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | |
| 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 Fundo de Pensão 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 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 Fundo de Pensão**  Rua Travessa Oliveira Bello, nº 34, 3º Andar, Bairro Centro – Curitiba/PR – CEP 80020-030.  Central de Atendimento: 4004-5926 (Capitais e regiões metropolitanas) / 0800-723-5926 (Demais localidades)**.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |