|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | **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 seja necessário, a Bradesco Saúde se resguarda no direito de solicitar documentação complementar\* 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  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 | | | | |
| Nome Completo da Mãe (sem abreviações) | | | | | | | | | | Nome Completo do Pai (sem abreviações) | | | | | | | | | | | | | |
| **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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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**.  Na qualidade de pai/mãe/responsável legal do beneficiário (menor de 12 anos) autorizo que o **MultiBRA - Fundo de Pensão** realize o tratamento dos dados pessoais do beneficiário indicado, especificamente para os fins indicados neste documento e reconheço que fui orientado a respeito das finalidades do tratamento e da possibilidade de revogação do meu consentimento a qualquer momento, ciente de que, neste caso, a criança perderá a qualidade de beneficiário.  Caso o participante não seja pai/mãe do beneficiário menor de 12 anos, a autorização acima, deverá ser obtida dos pais/responsável legal pelo menor, mediante comprovação documental. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | |
| Informe os dados bancários para receber o valor do benefício, o Senhor(a) deve ser o titular da conta, mesmo em caso de conta conjunta. Pagamento em conta poupança apenas para Bradesco e Caixa Econômica Federal.  **ATENÇÃO: O crédito não será efetivado em contas SALÁRIO, contas de INVESTIMENTO, conta SOCIAL/GOVERNO e contas de terceiros.**  **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).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 Fundo de Pensão consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em [https://multibra.bradescoseguros.com.br/portal](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 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)**.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |