



MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

		ALTERAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV 2011.0004-83				
Instituidor					Matricula no Plano	
Nome Completo do Participante (sem abreviações)					CPF	
CEP	Endereço (Logradouro)				Número	
Complemento	País	UF	Município		Bairro	
Telefone Comercial	Telefone Celular	Telefone Residencial	E-mail			

Declaro, para fins de participação no **Plano de Aposentadoria AcricelPrev**, ter pleno conhecimento das normas estatutárias e regulamentares aplicáveis e, de acordo com o Regulamento do Plano, solicito ao MultibRA Instituidor – Fundo Múltiplo:

Tipo de Contribuição	Valor Desejado	Definição
<input type="checkbox"/> Normal	R\$ _____	Facultativa, de periodicidade mensal, de valor livremente escolhido, observado o mínimo de R\$ 50,00 (cinquenta reais). O valor mínimo da Contribuição Normal será atualizado anualmente, a partir de dezembro de 2015, de acordo com a variação do INPC/IBGE.
<input type="checkbox"/> Extraordinária	R\$ _____	Facultativa, de valor livremente escolhido.
<input type="checkbox"/> Adicional de Risco	R\$ _____	Facultativa, no valor que vier a ser definido pelo Participante e Assistido junto à sociedade seguradora, se for o caso.

É facultado ao Assistido o pagamento de Contribuições Extraordinárias para incremento de suas reservas individuais. As Contribuições Normais serão pagas pelos Participantes até o penúltimo dia útil do mês em referência. A não observância do prazo sujeitará o inadimplente à multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da contribuição devida e juros de mora correspondente a 1% (um por cento) ao mês sobre o mesmo valor.

A Contribuição Extraordinária será recolhida livremente, no dia do pagamento da Contribuição Normal, incumbindo ao Participante requerer à Entidade de Previdência Gestora a emissão do respectivo boleto bancário.

É facultado ao Participante, mediante requerimento escrito dirigido ao à Entidade de Previdência Gestora, suspender por, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias, a qualquer momento, o pagamento da Contribuição Normal e/ou da Contribuição Adicional de Risco, se houver.

A suspensão da Contribuição Adicional de Risco implicará na interrupção da cobertura do seguro por morte e invalidez.

Informo ainda, para os casos de **Contribuição Extraordinária**, que em cumprimento da Lei nº. 9613, de 3 de março de 1998 art. 9º e Instrução PREVIC nº. 18 de 24 de dezembro de 2014, o recurso acima é proveniente de _____, devidamente comprovado através dos documentos abaixo listados:

Documentos de Comprovação de Origem dos Recursos:

1. _____ ;
2. _____ ;
3. _____ .

***Deverá anexar cópia de RG, CPF, Comprovante de Residência e documentos que comprovem a origem do recurso.**

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).

Local e data

Assinatura do Participante

Assinatura e carimbo do
Representante Outorgado do Plano

1ª via MultibRA / 2ª via Instituidor / 3ª via Participante