

# MULTIBRA INSTITUIDOR – FUNDO MÚLTIPLO

|   |  |   |
|---|--|---|
|  | <b>CANCELAMENTO DO PLANO<br/>(SEM TÉRMINO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO)</b><br>PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV<br>2011.0004-83 |  |
| Instituidor   |  | Matricula no Plano  |
| Nome Completo do Participante (sem abreviações)                                   |  | CPF   |
| CEP   | Endereço (Logradouro)  |   |
| Complemento   | País   | UF  |
|   | Município  |   |
|   | Bairro   |   |
| Telefone Comercial  | Telefone Celular   | Telefone Residencial  |
|   | E-mail   |   |

## Ao MultiBRA Instituidor - Fundo Múltiplo.

Venho formalizar meu cancelamento de inscrição do **Plano de Aposentadoria AcrichelPrev**, declarando que esta decisão é tomada de livre e espontânea vontade.

Uma vez que o meu cancelamento de inscrição se refere somente ao Plano de Benefícios instituído pelo Instituidor, e não da Associação da qual sou associado, declaro ter conhecimento que, de acordo com o disposto no Regulamento do **Plano de Aposentadoria AcrichelPrev**, só terei direito a movimentar quaisquer contribuições nas situações previstas no Regulamento do referido Plano.

A MultiBRA Instituidor Fundo Múltiplo declara que os dados pessoais tratados em razão do Plano de Aposentadoria Acrichelprev, não obstante o encerramento do vínculo com a empresa Patrocinadora, serão retidos para o cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, bem como para resguardar os direitos da Seguradora em eventual ação judicial ou procedimento administrativo, observados os prazos prescricionais previstos na legislação vigente, assegurada a privacidade e a proteção dos dados pessoais do titular, bem como os direitos previstos no artigo 18 da Lei Geral de Proteção de Dados.

Local e data

Assinatura do Participante

Assinatura e carimbo do  
Representante Outorgado do Plano

**\*Dispensado o Reconhecimento de Firma em caso de assinatura do Representante Outorgado do Plano de Benefícios.**

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