

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO


ALTERAÇÃO DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO
 PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV
 CNPB Nº 2011.0004-83
**DADOS DO BENEFICIÁRIO (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**

Nome Completo do Pensionista (sem abreviações)				CPF	
CEP	Endereço (Logradouro)			Número	
Complemento	País	UF	Município	Bairro	
Telefone Celular	Telefone Residencial	E-mail			

O fornecimento dos dados pessoais corretos é fundamental para garantia da prestação de serviço, mas também da garantia da sua privacidade. Ao fornecer seu e-mail, esteja ciente de que este será o endereço válido para nos comunicarmos com você, bem como para permitir o acesso a todas as informações da sua conta pelo portal, incluindo suas atualizações cadastrais, suas transações e saldo.

Ainda que adotemos todos esses esforços para proteger seus Dados Pessoais, é imprescindível que você tenha alguns cuidados, tais como: verificar o e-mail fornecido no seu cadastro. O acesso à sua conta no nosso portal se dá com base no e-mail cadastrado, o que inclui o acesso a atualizações cadastrais, transações e saldo. Nós nos comunicaremos com você com base no e-mail cadastrado.

DADOS DO PARTICIPANTE FALECIDO

Nome Completo do Participante (Sem Abreviações)	CPF Nº
---	--------

Preenchimento Obrigatório - Pessoas Politicamente Expostas

Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? Sim Não

Possui relacionamento / ligação com Agente Público? Sim Não

Para maiores informações, acerca do assunto, consulte a Resolução Coaf nº 40, de 22 de novembro de 2021 em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-coaf-n-40-de-22-de-novembro-de-2021-361264576>

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	

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO

Declaração do Cliente

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.

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.

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
(Firma Reconhecida)

Assinatura e carimbo do
Representante Outorgado do Plano
de Benefícios

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

Encaminhar o formulário para documentoconcessao@bradescoseguros.com.br ou 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)
