

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO



**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PARA BENEFICIÁRIO**  
 PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV  
 CNPB Nº 2011.0004-83



**BENEFÍCIO REQUERIDO**

**PENSÃO POR MORTE – ANTES DA APOSENTADORIA**

O benefício de Pensão por Morte será concedido, mediante requerimento, aos Beneficiários do Participante, em caso de falecimento. O beneficiário deverá escolher a forma de recebimento da renda mensal dentre as seguintes opções:

**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.

O benefício será pago em forma de renda mensal, 12 vezes ao ano.

**PENSÃO POR MORTE – POSTERIOR À APOSENTADORIA**

Ocorrendo a morte do Assistido em gozo de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria por Invalidez, a renda mensal será convertida em Pensão por Morte, e paga aos Beneficiários até o esgotamento do saldo da Conta de Participante.

**DADOS DO SOLICITANTE (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**

Nome Completo do Solicitante (Sem Abreviações)			Grau de Parentesco com o Participante		
Data de Nascimento do Solicitante	Inválido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	CPF		
Nacionalidade	Naturalidade (Cidade)	UF	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Convivência Marital		
CEP	Endereço (Logradouro)				Número
Complemento	País	UF	Município	Bairro	
Telefone Celular			Telefone Residencial		
Nome Completo da Mãe (sem abreviações)			Nome Completo do Pai (sem abreviações)		
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)			Matrícula no Plano		
CPF Nº			Data de Falecimento do Participante		

**OPÇÃO VÁLIDA APENAS PARA PENSÃO POR MORTE ANTES DA APOSENTADORIA**

**REGIME DE TRIBUTAÇÃO**

## MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO

**ATENÇÃO** para as informações e esclarecimentos a seguir de modo que verifique a melhor opção do regime de tributação. Para encontrar o regime de tributação escolhido pelo participante no momento da adesão, entre em contato com a Central de Atendimento nos telefones 4004-5926 ou 0800 723 5926 (Região Metropolitana)

Conforme determina a Lei nº 11.053/2004, com as alterações promovidas pela Lei nº 14.803/2024, publicada em 11/01/2024, declaro ciência de que poderei fazer a opção pelo regime de tributação, até o momento da solicitação do resgate ou benefício do Plano e que esta opção será irrevogável, irrevogável e imutável. Esta opção aplica-se para os seguintes casos: (i) participantes que optaram pelo regime Progressivo em data anterior ou posterior a 11/01/24; (ii) participantes que não fizeram opção pelo regime de tributação em data anterior ou posterior a 11/01/24; (iii) participantes que fizeram opção pelo regime Regressivo em data anterior a 11/01/24.

- Será adotado o regime PROGRESSIVO caso a resposta da pergunta abaixo seja NÃO ou ausência de resposta.
- Não é aplicável resposta à pergunta abaixo caso já tenha optado pelo regime REGRESSIVO a partir de 11/01/2024, situação em que será mantido o regime escolhido à época, que poderá ser consultado via Portal da Entidade.

### Desejo optar/manter minha opção pela Tabela REGRESSIVA

SIM

NÃO

#### Tabela PROGRESSIVA

As alíquotas progridem de 0% a 27,5%, incidentes sobre o valor da renda mensal. Ver tabela no site da Receita Federal. São permitidos deduções e ajustes na declaração anual do imposto de renda, tais como despesas médicas e educacionais.

#### Tabela REGRESSIVA

As alíquotas regridem de 5% em 5% a cada 2 anos de acumulação dos valores (contribuições) no plano, partindo de 35% até atingir 10%. Ver tabela vigente no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004.

A incidência é e definitiva (exclusiva na fonte) e não prevê deduções, nem ajuste na declaração anual de IR.

### 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	

#### 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>

#### 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](mailto: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.

## MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO

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**.

---

### DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA BENEFÍCIO POR MORTE

---

Cópia da Certidão de Óbito	Cópia do Cartão Magnético/Folha de Cheque do Beneficiário
Cópia da Certidão de Casamento/União Estável	Cópia do CPF do Beneficiário
Cópia do documento de identidade do Beneficiário	Cópia do comprovante de residência do Beneficiário

**SUJEITO A RECUSA DO PROCESSO NA FALTA DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS. CASO SEJA NECESSÁRIO, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE.**

---

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 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](mailto: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)

---