

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO



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, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE.

DADOS DO PARTICIPANTE (TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Patrocinadora		Matrícula do Participante	Nacionalidade	
Nome Completo do Participante (sem abreviações)			CPF	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil do Participante <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Convivência Marital <input type="checkbox"/> Separado		Naturalidade (Cidade)	UF
CEP	Endereço (Logradouro)			Número

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO

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.

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>

REGIME DE TRIBUTAÇÃO

ATENÇÃO para as informações e esclarecimentos a seguir, de modo que verifique a melhor opção do regime de tributação. No Kit de Desligamento você encontrará o regime de tributação que escolheu quando de sua adesão. Havendo dúvidas, entrar 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
---------------------	--------

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO

Nome do Banco	Código do Banco	Nome da Agência	Código da Agência
Número da Conta		Cidade da Agência	Estado

Beneficiário: São pessoas livremente indicadas pelos Participantes para recebimento do benefício decorrente de seu falecimento.

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Parentesco	%

*Situação: 1 – Válido 2 – Inválido 3 – Universitário 4 – Menor

ATENÇÃO! Esta indicação SUBSTITUI todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão/ proposta de inscrição (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Este parágrafo se aplica, inclusive, caso não haja indicação de nenhum beneficiário/beneficiário designado nos campos acima.

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

ATENÇÃO! Esta indicação SUBSTITUI todas as anteriores, prevalecendo para todos os efeitos legais, a partir desta data, sobre a indicação no termo de adesão/ proposta de inscrição (caso haja) ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta. Este parágrafo se aplica, inclusive, caso não haja indicação de nenhum beneficiário/beneficiário designado nos campos acima.

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 legais pelo menor, mediante comprovação documental

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO

- **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.**

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 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
(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)