

MULTIBRA FUNDO DE PENSÃO



RECADASTRAMENTO
 PLANO DE APOSENTADORIA ACRICELPREV
 CNPB Nº 2011.0004-83

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

Nome Completo do Participante (sem abreviações)		CPF/MF	Estado Civil
DDD Tel. Celular	DDD Tel. 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.

CEP	Endereço (Logradouro)	Número	Complemento
-----	-----------------------	--------	-------------

Nome Completo Cônjuge / Companheiro(a) (sem abreviações)	Data de Nascimento do Cônjuge
--	-------------------------------

Preenchimento Obrigatório - PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

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 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.

Beneficiário: as pessoas indicadas pelo participante, para receber benefício previsto neste Regulamento, em decorrência de seu falecimento.

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 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 nos campos acima.

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)