

PLANO I – BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE



Identificação	Nome Completo Participante Falecido			Matrícula
	CPF		Data Falecimento	
	Nome Completo Beneficiário			
	CPF		RG	Data de Nascimento

Endereço	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia etc.)			Número	Complemento	
	Bairro		Cidade		UF	CEP
	DDD	Telefone	DDD	Celular	E-mail	

Dados Bancários	Banco		Agência		Conta Corrente (<input type="radio"/>) ou Poupança (<input type="radio"/>)		Dígito
	Beneficiário menor de 16 anos – preenchido e assinado pelo Representante Legal – mãe/pai/tutor Indicar Conta Poupança em nome do menor para o crédito do Benefício.						

De acordo com o disposto no Capítulo VII, Seção II, Artigos 31 e 32 do Regulamento do **Plano de Benefícios I da Mutuoprev**, venho na qualidade de beneficiário, requerer o recebimento do Benefício de Pensão por Morte, conforme opções abaixo:

Opção A	<input type="checkbox"/>	Renda Mensal por Prazo Determinado – pelo prazo de <input type="text"/> anos (o prazo mínimo de recebimento não poderá ser inferior a 05 (cinco) anos).
Opção B	<input type="checkbox"/>	Renda Mensal por Prazo Indeterminado – Equivalente ao percentual de <input type="text"/> % sobre o saldo total constituído na Conta Benefício (Percentual de livre escolha entre as alíquotas de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) e 1,5% (um e meio por cento). Este percentual escolhido poderá ser alterado após decorrido o prazo de no mínimo 12 (doze) meses.
Opção C	<input checked="" type="checkbox"/>	PAGAMENTO EM PARCELA ÚNICA – Conforme disposto no Artigo 34.

Documentos solicitados:

- 1 Cópia autenticada certidão de óbito (se forem vários beneficiários, apenas uma cópia para o processo)
- 1 Cópia autenticada certidão de casamento averbada
- 1 Cópia simples do documento pessoal RG/CPF ou CNH - Participante/Falecido
- 1 Cópia simples documento pessoal RG/CPF ou CNH – Beneficiário
- 1 Cópia simples documento pessoal RG/CPF ou CNH – Representante Legal do Beneficiário menor de 16 anos – mãe/pai/tutor
- 1 Cópia simples do comprovante de conta corrente ou poupança – Beneficiário
- 1 Formulário original, preenchido, **assinado e com reconhecimento de firma da assinatura em cartório.**

MUTUOPREV - Entidade de Previdência Complementar

Rua Libero Badaró 293 Cj. 31 A - Cep. 01009/000 - São Paulo /SP

Fones: (11) 3244-2540 (Região Metropolitana de São Paulo) / 0800 778 2222 (Interior e Outros Estados) / WhatsApp: (11) 93496-7749

E-mail: mutuoprev@mutuoprev.com.br Site: www.mutuoprev.com.br

PLANO I – BENEFÍCIO PENSÃO POR MORTE



Com base na Lei nº 14803 de 10/01/2024 e, na qualidade de beneficiário, solicito à Mutuoprev que os valores devidos, a título de imposto de renda, sejam apurados de acordo com a seguinte opção ao Regime de Tributação assinalada abaixo:

Regime de Tributação	<input type="checkbox"/> Progressivo	Estou ciente de que haverá incidência de Imposto de Renda na Fonte, de acordo com a tabela vigente, e que estes valores deverão ser informados na declaração anual de Imposto de Renda.
	<input type="checkbox"/> Regressivo	Estou ciente de que a alíquota de incidência de Imposto de Renda é calculada em função do prazo de acumulação de cada aporte realizado. A tributação pela tabela regressiva se dá de forma exclusiva e os valores recebidos são tributados de forma definitiva na fonte.

A partir da opção pelo regime descrito acima, esta será irrevogável, conforme disposta na Lei nº 14803 de 10/01/2024, Art. 1º § 6º.

Local e Data

Assinatura

A ASSINATURA DEVE SER RECONHECIDA EM CARTÓRIO

MUTUOPREV - Entidade de Previdência Complementar

Rua Libero Badaró 293 Cj. 31 A - Cep. 01009/000 - São Paulo /SP

Fones: (11) 3244-2540 (Região Metropolitana de São Paulo) / 0800 778 2222 (Interior e Outros Estados) / WhatsApp: (11) 93496-7749

E-mail: mutuoprev@mutuoprev.com.br Site: www.mutuoprev.com.br