

PLANO II – REQUERIMENTO RESGATE POR FALECIMENTO



Identificação do Falecido	Nome Completo Participante Falecido	Matrícula
	CPF	Data Falecimento

De acordo com o disposto no Art. 17 §4º do Regulamento do **Plano de Benefícios II da Mutuoprev**, venho na qualidade de beneficiário/herdeiro, requerer o recebimento dos valores devidos e disponíveis em nome do Participante Falecido, conforme opções abaixo:

Opção A	<input type="radio"/>	Resgate em Parcela Única do saldo existente na conta benefício.
Opção B	<input type="radio"/>	Resgate em <input type="text"/> parcelas mensais e consecutivas (limite máximo 12 parcelas) , do saldo existente na conta benefício.

A opção escolhida de recebimento, será a mesma para todos os beneficiários.

Relação de Documentos do Falecido (Se houver vários beneficiários, apenas uma cópia para todo o processo) :

- 1 **Cópia autenticada** Certidão de Óbito,
- 1 Cópia simples documento pessoal RG/CPF ou CNH

Relação de Documentos do(s) Beneficiário(s):

- 1 **Cópia autenticada** da Certidão de Casamento averbada, somente para beneficiário (a) cônjuge
- 1 Cópia simples documento pessoal RG/CPF ou CNH
- 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
- 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 II – REQUERIMENTO RESGATE POR FALECIMENTO



Identificação do Beneficiário	Nome Completo Beneficiário					
	CPF		RG		Data de Nascimento	
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia etc.)				Número	Complemento
	Bairro		Cidade		UF	CEP
	DDD	Telefone	DDD	Celular	Email	

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.			

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="radio"/> 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="radio"/> 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

Estou ciente que, com a efetivação do pagamento, cessa todos os compromissos da Mutuoprev com relação ao participante e seus beneficiários indicados.

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