

## PLANO II – BENEFÍCIO PECÚLIO 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
	<b>Beneficiário menor de 16 anos – preenchido e assinado pelo Representante Legal – mãe/pai/tutor</b> <b>Indicar Conta Poupança em nome do menor para o crédito do Benefício.</b>						

De acordo com o disposto no Capítulo V, Seção III Art. 8º e Seção IV Art. 9º §1º, 2º, 3º e 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 Contribuinte Falecido, conforme opções abaixo:

Opção A	<input checked="" type="checkbox"/>	Parcela única do saldo existente na conta pecúlio.
Opção B	<input checked="" type="checkbox"/>	Parcela única do saldo existente na conta benefício
Opção C	<input type="checkbox"/>	Em <input type="text"/> parcelas do saldo da conta benefício (limitado a 180 parcelas)

*Declaro estar ciente de que esta opção é irrevogável, irretroatável e implica a cessação de todos os compromissos da Mutuoprev com relação ao participante e seus beneficiários indicados.*

### Documentos solicitados:

- 1 Cópia autenticada certidão de óbito, certidão de casamento averbada e documento pessoal RG/CPF ou CNH - Participante/Falecido (Caso sejam indicados vários beneficiários, encaminhar somente uma cópia autenticada dos documentos solicitados acima)
- 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 Líbero 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](mailto:mutuoprev@mutuoprev.com.br) Site: [www.mutuoprev.com.br](http://www.mutuoprev.com.br)

## PLANO II – BENEFÍCIO PECÚLIO 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

**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](mailto:mutuoprev@mutuoprev.com.br) Site: [www.mutuoprev.com.br](http://www.mutuoprev.com.br)