

## PLANO II – REQUERIMENTO CONTA BENEFÍCIO POR FALECIMENTO



<b>Identificação</b>	Nome Completo Participante Falecido				Matrícula		
	CPF			Data Falecimento			
	Nome Completo Beneficiário						
	CPF		RG		Data de Nascimento		
<b>Endereço</b>	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia etc.)				Número	Complemento	
	Bairro			Cidade		UF	CEP
	DDD	Telefone	DDD	Celular	E-mail		
<b>Dados Bancários</b>	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 Art. 7º 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:

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

### Documentos solicitados:

- 1 Cópia autenticada certidão de óbito, 1 Cópia simples documento pessoal RG/CPF ou CNH do Participante Falecido (Se houver vários beneficiários, apenas uma cópia para o processo)
- 1 Cópia autenticada da certidão de casamento averbada, somente para beneficiário (a) cônjuge
- 1 Cópia simples documento pessoal RG/CPF ou CNH do(s) Beneficiário(s)
- 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 do(s) Beneficiário(s)
- 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](mailto:mutuoprev@mutuoprev.com.br) Site: [www.mutuoprev.com.br](http://www.mutuoprev.com.br)

## PLANO II – REQUERIMENTO CONTA BENEFÍCIO POR FALECIMENTO



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