**FR.1969.TEC | TEC e relacionamento prev**

**SOLICITAÇÃO DE RESGATE de FGB PGBL/VGBL\_ alteração de regime**

**Formulário**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO PARTICIPANTE/SEGURADO** | | | | | | | | **N°. Certificado/Apólice** | | | | | | |
| Nome Completo | | | | | | | | Nome Social | | | | | CPF | |
| RG/RNE/CNH | | Órgão Expedidor | | | | Data de Expedição       /       / | | E-Mail | | | | | Telefone para contato  (    ) (    ) | |
| Profissão | | | | **Renda Mensal Atual** | | Não possuo renda  Até R$ 3 mil | | | De R$ 3 mil até R$ 5 mil  De R$ 5 mil até R$ 10 mil | | | De R$ 10 mil até R$ 20 mil  Superior a R$ 20 mil | | |
| Endereço | | | | | | | | | | | | | | Número |
| Complemento | | | Bairro | | | | | | Cidade | | Estado | | | CEP |
| ***Decreto nº 8.003/2013 - Lei FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Residente no País  Sim  Não | | Nacionalidade | | | | | País de Residência Fiscal | | País com obrigações fiscais por motivo de residência ou cidadania diferente do Brasil?  Sim – País:       Não | | | | | |
| **Autorizo a atualização de meus dados cadastrais com base nas informações prestadas acima.** | | | | | | | | | | | | | | |
| Como participante/segurado venho solicitar resgate do saldo constituído pelas (os) contribuições/prêmios pagas(os) para o Plano de Previdência Complementar, de acordo com os dados abaixo e e estou e ciente das informações complementares contidas na página 2 deste formulário: | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERAÇÃO DE REGIME TRIBUTÁRIO** | | | | | | | | | | | | | | |
| A opção de tributação poderá ser exercida até o momento da **obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate** referente aos valores acumulados, conforme o parágrafo 6º do artigo 1º da Lei nº 11.053/2004, com redação alterada pela Lei n° 14.803/2024. Uma vez feita a escolha, esta torna-se irretratável. **CASO JÁ O TENHA REALIZADO APÓS 11/01/2024 NA CONTRATAÇÃO E/OU REALIZADO O PRIMEIRO RESGATE, PEDIMOS NÃO REALIZAR O PREENCHIMENTO.** | | | | | | | | | | | | | | |
| REGIME PROGRESSIVO  REGIME REGRESSIVA | | | | | | | | | | | | | | |
| **PREENCHER PARA RESGATE INDIVIDUAL** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | TOTAL **COM** CANCELAMENTO | | | | | | | | PARCIAL (VALOR BRUTO) – R$ | | | | | |
| **PREENCHER PARA RESGATE EMPRESARIAL** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | TOTAL **COM** CANCELAMENTO  TOTAL **SEM** CANCELAMENTO | | | | | | | | PARCIAL (VALOR BRUTO) – R$ | | | | | |
| **RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Houve desligamento da empresa?  Sim - Data:       /      /      Não | | | | | | | | | Motivo do desligamento:  Demitido  Pediu Demissão | | | | | |
| **RESGATE COM VALOR BRUTO IGUAL ou SUPERIOR a R$ 10.000,00 (DEZ MIL REAIS), É OBRIGATÓRIO ENVIO DE CÓPIA LEGÍVEL² DOS DOCUMENTOS DO TITULAR OU REPRESENTANTE LEGAL CPF** e **RG/RNE/CNH/CIP/PASSAPORTE E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (**conta de luz, água, telefone ou gás, envelopes de correspondência**\*** ou boletos/ficha de compensação de pagamentos emitidos com prazo máximo de 90 dias anteriores à data de solicitação de resgate e que esteja em nome do próprio Participante/Segurado¹)  - Caso o Participante/Segurado não tenha, de fato, como comprovar residência, ou seja, não possui quaisquer documentos expedidos em seu nome, deverá preencher a **DECLARAÇÃO PARA FALTA DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** e que poderá ser obtida através do link <https://www.mapfre.com.br/para-voce/seguro-previdencia>, e enviada juntamente com este Formulário de Resgate. A solicitação de resgate deverá ser confirmada por e-mail para os seguintes casos: **(1)** dados bancários cadastrados em sistema divergentes da solicitação de resgate; **(2)** contribuição mensal realizada através de ficha de compensação. **Caso necessário, a MAPFRE poderá solicitar o formulário com reconhecimento de firma.**  *¹* -*não serão aceitos envelopes de correspondência das empresas pertencentes ao GRUPO MAPFRE*  *² - A MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A não é responsável pelo recebimento de documentos ilegíveis, com dados incorretos ou pelo recebimento parcial dos documentos. Na ocorrência desta situação a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A se reserva o direito de NÃO EFETUAR O RESGATE.* | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorizo a MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A a efetuar o crédito, conforme os seguintes dados: | | | | | | | | | | Conta Corrente\*  Conta Poupança\* | | | | |
| Nome do Banco | | | | | | N°. do Banco | | | Nº da Agência | | | | N°. Conta | |
| *\*Quando o participante/segurado for o 2º Titular da Conta Corrente/Poupança, deverá anexar um documento com nome completo e CPF dos titulares para comprovar a conta conjunta.* | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome 1º Titular: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | /     / | | |  | | | | | | |
| Local | | | | | Data | | | Assinatura do Participante/Segurado ou do Representante Legal (quando menor de 18 anos) | | | | | | |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA: DOCUMENTOSVP@MAPFRE.COM.BR** | | | | | | | | | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ 04.046.576/0001-40 – Código SUSEP 03298**  Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 21º andar - Brooklin Paulista – CEP 04578-000 – São Paulo – SP  Central de Relacionamento: 0800 775 7647 – atendimento de 2ª a 6ª, das 9h às 18h, exceto feriados.  SAC Deficiente Auditivo e de Fala 0800 775 5045 – atendimento 24 horas, todos os dias.  Ouvidoria 0800 775 3240 – Deficiente Auditivo e de Fala 0800 962 7373 – de 2ª à 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados.  A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.  O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.  Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores: www.consumidor.gov.br  [www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br) | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES IMPORTANTES** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. O pagamento será efetuado **até o** ***10º (décimo) dia útil*** subsequente ao registro da solicitação na MAPFRE, conforme o regulamento SUSEP. 2. ***A MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A efetuará DOC/TED/Transferência apenas em Conta Corrente ou Poupança de Pessoa Física de 1ª (Primeira) titularidade do Participante/Segurado ou Representante Legal (neste caso, apenas enquanto o titular for menor de 18 anos) do plano de previdência e não efetua crédito em Conta PJ ou Conta Salário*.** 3. Caso permaneça saldo no meu Plano de Previdência, este continuará sob as regras do Plano e os benefícios concedidos a mim e aos meus beneficiários serão calculados a partir desse saldo. 4. Qualquer resgate efetuado está sujeito à tributação do Imposto de Renda, conforme legislação vigente, na data do referido pagamento e de acordo com o regime tributário escolhido. O intervalo mínimo entre pedidos de resgate ou transferência, no mesmo Plano, é de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do recebimento do último pedido, conforme Regulamento do Plano. 5. Caso o saldo remanescente no meu Plano de Previdência seja inferior ao valor estabelecido no Regulamento, fica facultado a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A efetuar o resgate de todo o saldo, implicando no meu desligamento automático do Plano. 6. A comprovação do crédito efetivado na conta corrente indicada será por mim considerada como quitação de recebimento do resgate parcial ou total e para a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A como quitação de sua obrigação. Tratando-se de resgate total dou ainda plena, geral e irrevogável quitação com consequente encerramento do meu plano, para nada mais reclamar, seja a que título for. O resgate total, seguido de encerramento do Plano, dependerá do que estiver disposto no contrato e no Regulamento do Plano. 7. Será cobrado carregamento no momento do resgate ou transferência nos Planos assim estruturados, sobre o valor das(os) contribuições/prêmios realizadas(os) no Plano. Neste caso, o percentual de carregamento consta na Proposta de Inscrição/Adesão e Regulamento do Plano. 8. O cancelamento da minha inscrição no Plano determinará a perda de todos os meus direitos, bem como os de meus beneficiários, ressalvado o direito de resgate conforme previsto no Regulamento do Plano. 9. ***Em caso de resgate total de Plano Ex Participante/ Ex Segurado, proveniente de desligamento de Plano Empresarial e houver saldo bloqueado pela Resolução CNSP 463/24, somente será processado o resgate do valor disponível e o saldo remanescente permanecerá na Reserva para cumprir a referida carência.*** 10. ***O não preenchimento de todos os campos e/ou rasura em qualquer campo do formulário implicará em recusa do documento.*** 11. ***No caso de resgate total, havendo parcelas em trânsito de cobrança com intervalo de até 12 (doze) dias da solicitação, informamos que o débito em Conta Corrente ocorrerá normalmente e a devolução será realizada mediante solicitação através da nossa Central de Relacionamento/SAC.*** 12. ***A alteração do regime tributário somente será permitida, caso o regime atual não seja o definitivo, originado pelo termo de opção, obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate, caso o regime tributário tenha sido escolhido em um destas condições, este será considerado para a solicitação de resgate.***   ***Se este não for o caso, o regime escolhido neste formulário será considerado para a solicitação de resgate, de forma irretratável.***   1. O formulário tem validade de 30 dias após data e assinatura. | | | | | | | | | | | | | | |