|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:image001.png@01D485B6.F0CC7420 | **SOLICITAÇÃO DE RESGATE**PLANO DE VIDA INDIVIDUAL DOTAL MISTO COM PERFORMANCE-BIÉN VIVIR-ESENCIAL | N°. Apólice**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |
| **DADOS DO SEGURADO** |
| Nome Completo do Segurado      | CPF      |
| RG/RNE/Passaporte/Outros      | Órgão Expedidor      | Data de Expedição      /      /       | E-Mail      | Telefone para contato(  ) (  )       |
| Profissão | Renda Mensal[ ]  Até R$ 3 mil |  [ ]  Superior a R$ 3 mil até R$ 5 mil [ ]  Superior a R$ 5 mil até R$ 10 mil | [ ]  Superior a 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? [ ]  Não [ ]  Sim – País:       |
| Nome do Corretor      |
| Como segurado venho solicitar resgate do saldo constituído pelos prêmios pagos ao Seguro de Vida Individual Dotal Misto com Performance Bién Vivir - Esencial, de acordo com os dados abaixo: |
| **DADOS DO RESGATE – ÚNICO TOTAL** |
| Autorizo a MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A a efetuar o crédito, conforme os seguintes dados: |
| [ ]  Conta Poupança | [ ]  Conta Corrente - 1º titular: [ ]  Sim [ ]  Não  | Nome 1º titular:       |
| Nome Banco      | N°. do Banco      | Nº da Agência      | N°. Conta      |
| **DECLARAÇÃO** |
| Declaro estar ciente que:1. O período de carência inicial é de 24 (vinte e quatro) meses;
2. ***A MAPFRE Previdência S/A. efetuará TED/ DOC/ Transferência apenas em conta corrente pessoa física de 1ª(Primeira) titularidade do segurado do plano Bien Vivir.***
3. ***A MAPFRE Previdência S/A. não efetua crédito em conta de Pessoa Jurídica;***
4. ***Quando o segurado for o 2º Titular da Conta Corrente, informar nome completo do 1º Titular e encaminhar RG/CPF e comprovante de Titularidade;***
5. Será cobrado carregamento no momento do resgate nos planos assim estruturados, sobre o valor das contribuições realizadas no plano. Neste caso, o percentual de carregamento constará no Regulamento do Plano, vide Seção IV, artigo 53;
6. Sobre o valor resgatado, além da cobrança de carregamento postecipado, também haverá incidência de tributos, conforme legislação fiscal vigente, na data do referido pagamento;
7. O cancelamento da minha inscrição no Seguro determinará a perda de todos os meus direitos, bem como os de meus beneficiários, ressalvado o direito de resgate conforme previsto no regulamento;
8. O pagamento do resgate será efetuado até o 10º, (décimo) dia útil subsequente ao registro desta solicitação na MAPFRE Previdência S/A;
9. A comprovação do crédito efetivado na conta corrente indicada será por mim considerada como quitação de recebimento do resgate total e para a MAPFRE Previdência S/A, como quitação de sua obrigação. **Como trata-se de resgate total dou ainda plena, geral e irrevogável quitação com consequente encerramento do meu seguro** conforme Seção VIII, artigo 66 do regulamento do plano, para nada mais reclamar seja a que título for;
10. ***O não preenchimento de todos os campos e/ou rasura do formulário implicará em recusa do documento;***
11. **No caso de solicitação de resgate total, havendo parcelas em trânsito de cobrança com intervalo de até 12 (doze) dias da solicitação, informamos que o débito em sua conta ocorrerá normalmente e a devolução será realizada mediante solicitação através de nossa Central de Relacionamento/ SAC.**
 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local / Data |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Segurado |
| **INFORMAÇÕES IMPORTANTES** |
| **NO CASO DE RESGATE COM BRUTO VALOR IGUAL OU SUPERIOR A R$ 10.000,00 (DEZ MIL REIAS), É OBRIGATÓRIO O ENVIO DE CÓPIA DOS SEGUINTES DOCUMENTOS:****⇨ RG ou RNE ou CNH e CPF****⇨ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (conta de consumo com CEP e com emissão de vencimento no prazo máximo de 90 (noventa dias).****A MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A NÃO É RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS ILEGÍVEIS, COM DADOS INCORRETOS OU PELO RECEBIMENTO PARCIAL DOS DOCUMENTOS. NA OCORRÊNCIA DESSES PROBLEMAS A MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A SE RESERVA O DIREITO DE NÃO EFETUAR O RESGATE.** |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA O E-MAIL: DOCUMENTOSVP@MAPFRE.COM.BR** |
|  ESCLARECIMENTOS: CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DE E-MAIL: CENTRAL DE RELACIONAMENTO/SAC: 0800 775 7647 Ouvidoria – 0800 775 3240 – De Segunda a Sexta, das 8h às 18h, exceto feriados – Deficiente Auditivo/Fala(24h) – 0800 775 5045 MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ: 04.046.576/0001-40 – www.mapfre.com.br |
| **Este documento é de uso exclusivo do Grupo MAPFRE e não deve ser reproduzido total ou parcialmente**. INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS. O Grupo MAPFRE respeita e cumpre as exigências previstas na Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais zelando pelos seus dados pessoais. Responsável pelo tratamento: MAPFRE Seguros Gerais S/A; Finalidade: Resgate. Você poderá exercer seus direitos e verificar como e porque tratamos os seus dados pessoais através da nossa política de privacidade (https://www.mapfre.com.br/seguro-br/politica-privacidade/) e do e-mail protecaodedados@mapfre.com.br |

**CLASSIFICAÇÃO**: PÚBLICA

FR.447.OPE V002/ 2021