|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 Resid. 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 e CPF ou CNH. ⇨ 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.  Plataforma digital oficial para registro reclamações dos consumidores: [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br). 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: GRUPO MAPFRE; Finalidade: Resgate. Caso deseje obter mais informações de seus direitos como o titular dos dados pessoais, e como a MAPFRE trata seus dados, consulte https://politica.mapfre.com.br/#/politica-privacidade | | | | | | | | | | | | | |

**CLASSIFICAÇÃO**: PÚBLICA

FR.447.TEC V003/ 2022