

SOLICITAÇÃO DE RESGATE

Este formulário deve ser utilizado quando o proponente deseja realizar um resgate total ou parcial do seu plano.

ORIENTAÇÕES

- O pagamento será efetuado no prazo de até 05(cinco) dias úteis, subseqüentes ao registro da solicitação/documentação completa.
- O valor resgatado 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 resgate total implicará no cancelamento automático do plano, encerrando-se assim, qualquer obrigação com a Porto Seguro Vida e Previdência S/A.
- A Porto Seguro Vida e Previdência S/A se reserva o direito de **NÃO EFETUAR** o resgate caso o preenchimento do formulário e/ou o envio dos documentos tenha ocorrido de maneira incompleta, incorreta ou ilegível, implicando na recusa da solicitação. Na ocorrência desses problemas, será necessário o reenvio de todos os documentos, sendo o prazo de 05 dias reiniciado após o recebimento da documentação completa.
- No caso de resgate de plano infantil, para menores com idade entre 16 e 18 anos, este Formulário de Resgate deve ser assinado pelo menor e pelo Responsável Legal

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS (OBRIGATÓRIOS)

- ✓ **CPF** (cópia simples sem autenticação)
 - ✓ **RG** (cópia simples sem autenticação)
 - ✓ **Comprovante de endereço** (conta de consumo com emissão no prazo máximo de 90 dias)
 - ✓ **Formulário Registro de informações cadastrais (anexo)**
 - ✓ **No caso de plano infantil, é obrigatório o envio de cópia dos documentos acima, do responsável pelo Plano (maior) e para o menor é obrigatório o envio de cópia do RG ou da Certidão de Nascimento.**
- OS DOCUMENTOS DEVERÃO SER ENVIADOS PARA O EMAIL RESGATE.PREVIDENCIA@PORTOSEGURO.COM.BR OU ENTREGUES EM QUALQUER UMA DE NOSSAS REGIONAIS/SUCURSAIS.**

DADOS DO PLANO

Nome do Plano	Número da Proposta
---------------	--------------------

DADOS PESSOAIS

Nome (Participante / Segurado)				CPF
Endereço				Nº Complemento
Bairro	Cidade	U.F.	CEP	Telefone
E-mail				Telefone Celular
Nome do Responsável Legal (Somente para Planos Infantis)				CPF

DADOS DO RESGATE

Como participante/segurado do Plano de Previdência abaixo identificado, venho solicitar o resgate do saldo constituído pelas(os) contribuições/prêmios pagas(os), de acordo com os dados abaixo

- Valor Total Bruto
 Valor Parcial Bruto - R\$ _____
 Manter saldo mínimo após o resgate - R\$ _____

% DE DISTRIBUIÇÃO DO RESGATE ENTRE OS FUNDOS VINCULADOS AO PLANO ¹

FUNDO	CNPJ	%
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA RUBI	18.160.545/0001-20	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA RUBI PLUS	18.160.533/0001-04	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA RUBI PREMIUM	02.924.262/0001-78	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA INFLAÇÃO RUBI PREMIUM	17.072.616/0001-70	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA CRÉD. PRIVADO RUBI PREMIUM	21.613.148/0001-71	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA DIAMANTE	11.051.999/0001-14	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA INFLAÇÃO DIAMANTE	21.612.781/0001-45	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA SOBERANO DIAMANTE	02.924.217/0001-13	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA CRÉD. PRIVADO DIAMANTE	21.612.773/0001-07	
<input type="checkbox"/> RENDA FIXA DIAMANTE PLUS	11.051.989/0001-89	
<input type="checkbox"/> MULTIMERCADO RUBI PLUS	08.747.753/0001-77	
<input type="checkbox"/> MULTIMERCADO DIAMANTE	18.160.544/0001-86	
<input type="checkbox"/> COMPOSTO MULTIMERCADO	02.924.248/0001-74	
<input type="checkbox"/> MULTIMERCADO CLASSIC	08.747.748/0001-64	

¹ Utilizar somente quando Plano Multifundos. Caso não seja informado o %, consideraremos para o resgate a distribuição atual de sua contribuição.

FORMA DE PAGAMENTO

Obs: Dados Bancários da Conta Corrente (Pessoa Física e caso seja conta conjunta, o primeiro titular deve ser o Participante/Segurado/Beneficiário)

A rede bancária não aceita crédito em conta poupança, conta jurídica e nem de terceiros. Por esse motivo, favor mencionar a conta corrente na qual o/a Participante deverá ser o/a titular.

 Crédito em Conta Corrente

Banco (Nome e Número)	Nº da Agência	Dígito	Nº da Conta Corrente	Dígito
Nome do Correntista			CPF do Correntista	

 Cheque para depósito exclusivo na conta do Favorecido (Cheque Intransferível)

Destino (mencionar Regional/Sucursal para retirada do cheque)

Local e Data

Assinatura do Participante / Segurado / Beneficiário
(Nos Planos Infantis o responsável deverá assinar em conjunto)

Porto Seguro Vida e Previdência S/A

Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre B - 3º Andar - Campos Elíseos - São Paulo - CEP 01216-010- CNPJ 58.768.284/0001-40

Atendimento Grande São Paulo: (11) 3366-3377 - Outras Localidades: 0800 727 9393 - De segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30.

SAC: 0800 727 6464 (Informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos)

Ouvidoria: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de recebimento de benefícios ou resgates acima de R\$ 10.000,00, conforme estabelece a Circular 445/2012.

O conteúdo da circular pode ser consultado na íntegra no endereço:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docOriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

DADOS DO FAVORECIDO	
Nome	
Profissão*	
E-mail	(DDD) Telefone*
Faixa de Renda Mensal <input type="checkbox"/> Sem renda <input type="checkbox"/> ATÉ 2.500 <input type="checkbox"/> De 2.500,01 a 5.000,00 <input type="checkbox"/> De 5.000,01 a 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de 10.000,00	
Possui residência fiscal estrangeira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	País** NIF (Número de Identificação Fiscal)

ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*	
Em caso de relacionamento próximo com pessoa exposta politicamente, informar os dados do PEP***	
Pessoa Exposta Politicamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Relacionamento próximo	
Se relacionamento próximo, nome da pessoa exposta politicamente	CPF
Grau de relacionamento <input type="checkbox"/> Pai / Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Entead(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outros:	

Informar a origem dos recursos: **(somente se for PEP caso a indenização for superior a R\$ 10.000,00)**

<input type="checkbox"/> Salário/pró-labore	<input type="checkbox"/> Posição Acionária	<input type="checkbox"/> Saldo em Conta	<input type="checkbox"/> Aplicações Financeiras	<input type="checkbox"/> Cotas de Fundos	<input type="checkbox"/> CDB
<input type="checkbox"/> Aplicações financeiras:	<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Títulos públicos	<input type="checkbox"/> Poupança	<input type="checkbox"/> Outros	
<input type="checkbox"/> Comissões					
<input type="checkbox"/> Herança					
<input type="checkbox"/> Bens imóveis:	<input type="checkbox"/> Imóvel Residencial	<input type="checkbox"/> Imóvel Comercial	<input type="checkbox"/> Imóvel Locado	<input type="checkbox"/> Imóvel Rural	<input type="checkbox"/> Terreno
<input type="checkbox"/> Aposentadoria					

**Caso haja mais de um País, preencher o Formulário 3275.16.01.E - Declaração de Residência Fiscal.

**Preenchimento obrigatório nos casos de PEP e/ou pessoa não residente no Brasil.

***PEP - sigla utilizada para se referir às pessoas expostas politicamente, do inglês *politically exposed person*, expressão utilizada para se referir a pessoas que ocupam ou tenham ocupado, nos últimos 5 anos, cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior. Considera-se com relacionamento próximos às PEP's seus parentes, sócios ou representantes.

Deve ser anexada a este formulário uma cópia simples dos seguintes documentos:

- CPF ou CNH;
- comprovante de residência.

Nos casos de PEP e/ou pessoa não residente no Brasil, além dos documentos listados acima, entregar cópia dos seguintes documentos:

- número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD, se houver (pode ser comprovada através de conta do telefone fixo/celular);
- patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (pode ser comprovada através do hollerit ou da declaração do I.R.);
- profissão (pode ser comprovada através do hollerit).

Obs: o preenchimento deste formulário não implica em reconhecimento da seguradora ao pagamento da indenização, o qual depende da análise do sinistro e da documentação exigida.

Não desejo prestar as informações acima (campo somente para pessoa exposta politicamente PEP)

Não desejo entregar cópia dos documentos acima (campo somente para pessoa exposta politicamente PEP)

Local e Data

Nome do Cliente

Assinatura do Cliente