

PORTABILIDADE – SAÍDA

Nome	RG	Data de Nascimento
		___/___/___
Matrícula	CPF	Estado Civil

Considerando o disposto no Capítulo VIII, Seção II, do Regulamento do **Plano de Benefícios Abefin – ABEFINPREV**, administrado pela MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, opto pela transferência dos recursos financeiros correspondentes ao meu direito no Plano (Portabilidade).

Declaro estar ciente de que esta opção é irrevogável, irretroatável e implica a cessação de todos os compromissos da ABEFINPREV com relação ao participante e seus dependentes.

Origem dos Recursos

Nome da Entidade	CNPJ	Nome do Plano	
MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar	12.905.021/0001-35	Plano de Benefícios Abefin – ABEFINPREV	
CNPB	Modalidade	Regime de tributação	Data de ingresso no plano
2019.0014-38	Contribuição Definida		___/___/___

Destino dos Recursos

Nome da Instituição	CNPJ	Nome do Plano	
Código SUSEP/CNPB	Modalidade	Regime de tributação	Data de ingresso no plano
			___/___/___

Nome Completo do Titular da Conta de Destino

--

Banco	Agência	Tipo	Nº da C/C	Dígito

Anexar:

- Carta da Seguradora/Administradora informando os dados do participante, bem como os dados do plano Receptor da Seguradora/Administradora (em papel timbrado e firma reconhecida da pessoa responsável na Seguradora);
- Termo de Portabilidade da Seguradora (assinado e com firma reconhecida – participante e pessoa responsável na Seguradora/Administradora).

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura

**Salve e preencha em seu computador, imprima, assine e encaminhe para a MUTUOPREV –
Rua Líbero Badaró, 293 – 31º andar – Cj. 31A – Centro – São Paulo – SP – CEP 01009-000.**