

RESGATE

Identificação do Participante

| | | | | |
|----------------------|--------|-----------|-----|----------|
| Nome do Participante | | Matrícula | CPF | |
| | | | | |
| Endereço | | | | |
| | | | | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP | Telefone |
| | | | | () |

DADOS BANCÁRIOS

| | | |
|-------|---------|----------|
| Banco | Agência | Nº Conta |
| | | |

De acordo com o disposto nos arts. 46 e 47, Seção III do Regulamento do **Plano de Benefícios Abefin – ABEFINPREV**, administrado pela MUTUOPREV – Entidade Fechada de Previdência Complementar, venho requerer o recebimento dos valores devidos e disponíveis em meu nome, conforme opção(ões) abaixo:

Opção A:

- () _____ % das Contribuições oriundas de portabilidade (até 100%);
- () _____ % das Contribuições Voluntárias vertidas para o plano (até 100%);
- () _____ % das Contribuições Normais vertidas para o plano (até 20% a cada dois anos).

Estou ciente de que para essas opções acima, **de resgate parcial**, permanecerei como participante ativo do plano.

Ou

Opção B:

- () resgate total do saldo existente em minha Conta de Participante.

Declaro estar ciente de que essa opção, **de resgate total**, é irrevogável, irretroatável e implica a cessação da qualidade de Participante deste plano, bem como dos meus beneficiários, e de todos direitos previstos no Regulamento.

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.

ATENDIMENTO AO PARTICIPANTE – Procure a **Roberta Oliveira** na MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar:

Endereço: Rua Líbero Badaró, 293 – 31º andar – Cj. 31A – Centro – São Paulo – SP – CEP 01009-000 – **Telefone:** (11) 3244-2540 r. 200 / 0800-778-2222 –

E-mail: abefinprev@mutuoprev.com.br – **Site:** www.mutuoprev.com.br.