

DADOS DO TITULAR

Nome		Matrícula	
Plano () Novo Plano () REG/Replan () REB	CPF		Data de falecimento
Data de nascimento			RG

DADOS DO REQUERENTE*

Nome		
Sexo	Data de nascimento	Grau de parentesco
RG	Órgão expedidor	CPF

* Caso exista inventariante nomeado judicialmente ou em instrumento público, não é necessário o envio deste requerimento por cada herdeiro, sendo suficiente apenas que o inventariante encaminhe a solicitação de resgate devidamente assinada.

ENDEREÇO

Logradouro		Nº
Complemento		Bairro
Cidade	Estado	CEP
Telefones	E-mail	

Requer:
Resgate das contribuições, em decorrência do falecimento do titular.

Dados bancários para crédito do valor:

Banco	Agência Nº	Cod. de Operação	Nº da Conta - DV
-------	------------	------------------	------------------

Sobre os valores resgatados incidirão todos os encargos previstos em lei, além do desconto de débitos que o participante tenha junto ao plano de benefícios. Para os participantes do REB e Novo Plano, que não optaram pelo regime de tributação regressiva, será descontado a título de antecipação, a alíquota de 15% de IRRF e o ajuste será realizado na declaração anual.

Importante

No caso de beneficiários distintos, cada um deverá requerer o benefício em formulário separado e anexar cópias dos respectivos documentos:

- 1) Requerimento devidamente preenchido e assinado, individual para cada beneficiário(a);
- 2) Cópia do RG e CPF do(a) beneficiário(a);
- 3) Cópia do comprovante de conta bancária no nome do(a) beneficiário(a);
- 4) Cópia da Certidão de Óbito;
- 5) Cópia autenticada do Alvará Judicial ou Inventário público, caso o participante titular do plano não tenha designado beneficiário para fins de resgate.

É necessário o envio de comprovante bancário de conta individual do beneficiário ou conta conjunta em que seja o primeiro titular.

O comprovante bancário deverá conter os seguintes itens:

- 1) nome do titular da conta;
- 2) código do banco;
- 2) código da agência;
- 3) código do tipo de conta e número da conta com dígito verificador, caso tenha.

Local e data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário	Pela FUNCEF (Carimbo e assinatura)
----------------------------	---