**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO DE PRÊMIO DE SEGURO POR TERCEIRO(S)**

**BIEN VIVIR - ESENCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESSOA FÍSICA**  **PESSOA JURÍDICA** | | | | | | | | | | | | | | |  |
| NOME/RAZÃO SOCIAL DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO: | | | | | | | | | | | | | | |  |
| CPF/CNPJ DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO: | | | | | | | | | | | | | | |  |
| ENDEREÇO | | | | | | | | | | | | Nº | | |
| COMPLEMENTO | BAIRRO | MUNICÍPIO | | | | | | | UF | | CEP | | PAÍS | |
| TELEFONE PARA CONTATO 1 (DDI+DDD+N° TELEFONE)  (      ) (      ) | | | TELEFONE PARA CONTATO 2 (DDI+DDD+N° TELEFONE)  (      ) (      ) | | | | | | | | | | | |
| E-MAIL PARA CONTATO | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  | | | | | | |
| Autorizo(amos) o débito em conta corrente abaixo indicada dos prêmios do **SEGURO DE VIDA – SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL DOTAL MISTO COM PERFORMANCE – BIEN VIVIR ESENCIAL**, oferecido pela Seguradora MAPFRE Previdência S.A.(“MAPFRE”), CNPJ n° 04.046.576/0001-40 para o(a) proponente (“SEGURADO”) abaixo indicado: | | | | | | | | | | | | | | |
| PROPONENTE (SEGURADO) | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | | | Solicitação de Seguro nº | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro(amos) estar ciente(s) de que o valor       de cada parcela, na presente data, é de R$ | | | | | | | | | | | | | | |
| ( | | | | | | | | | | | | | | ), |
| podendo sofrer alteração para mais ou para menos, de acordo com a análise do risco do SEGURADO, com base nas suas informações de saúde e de atividades, além da atualização monetária anual do valor do prêmio pelo **IPCA-IBGE** acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário do plano. | | | | | | | | | | | | | | |
| Na qualidade de Responsável(is) Financeiro pelo pagamento do prêmio, declaro(amos) ainda que estou(amos) ciente(s) a respeito de que **a ausência de pagamento, ou a sua interrupção definitiva ou temporária implicará no cancelamento do seguro**. | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro(amos) ter conhecimento de que, ainda que assuma o custeio do seguro, **não terei(emos) direito, em qualquer hipótese à devolução dos prêmios pagos e quaisquer resgates de reservas matemática das coberturas do seguro**. | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Banco:       N° do Banco: | | | | | Agência: | | | | | Conta Corrente: | | | | |
| **Os dados bancários acima estão cadastrados e confirmados para débito automático na devida Instituição Financeira.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local e Data** | | | | | | | | | | | | | | |
| Campo para assinatura em caso de Pessoa(s) Física(s) | | | | Campo para assinatura em caso de Pessoa Jurídica | | | | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura do(s) Responsável(is) Financeiro(s)**  **(com reconhecimento de firma)** | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assinatura com carimbo dos Representantes da Empresa**  **(com reconhecimento de firma)** | | | | | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A.– CNPJ 04.046.576/0001-40 - Caixa Postal 77215 – CEP 04578-000 – São Paulo – SP**  **Ouvidoria 0800 775 3240 - De Segunda a Sexta, das 8h às 20h, exceto feriados.**  **Central de Relacionamento/SAC – 24 horas 0800-775-7647 - Deficiente Auditivo e de Fala – 24h - 0800 775 5045**  **www.mapfre.com.br** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |