|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| cid:image001.png@01D485B6.F0CC7420 |  | **FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO CADASTRAL E MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DA SOLICITAÇÃO DE SEGUROS BIEN VIVIR** | **N°. COTAÇÃO**      |
|  | **DADOS DO SOLICITANTE** |
|  | O solicitante é o:[ ]  Segurado Titular [ ]  Responsável pelo Pagamento |
|  | Nome Completo      | Estado Civil      |
|  | Nome Social      | CPF      |
|  | Telefone para Contato(  )(  )      | E-mail      |
| Nacionalidade      | País de Residência Fiscal      |  | País com obrigações fiscais por motivo de residência ou cidadania diferente do Brasil      |
|  |  |  |  |
|  | **MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS** |
|  | [ ]  alteração dos dados bancários | [ ]  Alteração da periodicidade de cobrança do seguro |
| Banco      | Agência      |  | Conta      | [ ]  Periodicidade Mensal [ ]  Periodicidade Anual |
|  | Dia do Vencimento [ ] 01 [ ] 05 [ ] 10 [ ] 15 [ ]  20 [ ] 25 | Valor a pagar após alteração R$       |
|  | [ ]  SOLICITAÇÃO DE AUMENTO / REDUÇÃO DE CAPITAL OU EXCLUSÃO DE IPA |
|  | [ ]  Aumento / Redução dos capitais de morte e sobrevivência\*  | NOVOS VALORES (APÓS AUMENTO/ REDUÇÃO DE CAPITAL OU EXCLUSÃO DE IPA) |
|  | Valor do capital de Morte: R$       |
|  | [ ]  Aumento/ Redução dos capitais de morte, sobrevivência\* e/ou Invalidez Permanente, se contratada. | Valor do capital de Sobrevivência: R$       |
|  | \* **O Percentual de sobrevivência oscilará de acordo com os novos capitais informados respeitando os limites mínimos e máximos permitidos.** | Valor do capital de Invalidez (IPA) até R$        |
|  | Valor do Prêmio após a Alteração: R$        |
|  | [ ]  EXCLUSÃO da cobertura de invalidez permanente (IPA) \* | Valor a pagar após o cancelamento R$       |
|  | \*Importante: Para a inclusão da cobertura de IPA, será necessário o preenchimento de uma nova “Solicitação de Seguro – PREV-F-014”, que exigirá o preenchimento de novo questionário de saúde e atividades, a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames clínicos e laboratoriais. O formulário será passível de aceitação, seguindo os critérios de contratação conforme previsto em regulamento, dentro dos limites mínimos e máximos do plano. |
|  | [ ]  Alteração dO PRAZO DE COBERTURA |
|  | Novo prazo solicitado (informar numeral e por extenso)       (     )  | Valor de prêmio total a pagar após alteração R$       |
|  | Pessoa Politicamente Exposta (PPE): agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares em linha direta até o segundo grau (cônjuge, companheiro(a), enteado(a) e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Conforme Circular SUSEP 612/2020. O cargo ou função pública relevante podem ser exercidos por chefes de estado e governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos. A denominação se estende aos representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, que também são considerados PPE´s, conforme detalhamento contido na Resolução do COAF nº 29/2017.\*É pessoa politicamente exposta? [ ]  Não [ ]  Sim Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  | **ALTERAÇÕES CADASTRAIS** |
|  | [ ]  Endereço de Correspondência  |
|  | Rua      | N°.      | Complemento      |
| Bairro      |  | Cidade-UF      | País      | CEP      |
| Telefone Residencial(  )(  )      |  | Telefone Comercial(  )(  )      | Celular(  )(  )      | E-mail      |
|  |  |
|  | [ ]  **SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS** |
| **Nome Completo do Beneficiário** | **NOME SOCIAL DO BENEFICIARIO** | **CPF** | **DATA DE NASCIMENTO** | **PARENTESCO** | **% PARTICIPAÇÃO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  | **INFORMAÇÕES ADICIONAIS** |
|  | **- HAVENDO NECESSIDADE, SERÃO SOLICITADOS EXAMES COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE.**  |
|  |  |
|  | **Eu, solicitante, declaro estar ciente que e de acordo com:****- As alterações acima citadas, afirmando que a conta corrente é de minha titularidade e ciente de que as novas cobranças serão emitidas após a efetivação da alteração solicitada, e que ficarão inalteradas as demais cláusulas estabelecidas no Regulamento e na proposta de contratação.****- O presente Formulário de Alteração estará sujeita a análise de risco e somente poderá ser aceita se, preenchido, datado e assinado por mim.**- **A aceitação estará sujeita à análise do risco pela Seguradora**, **sendo que o prazo para aceitação ou recusa do risco será de 15 (quinze) dias**, Ainda que tenha havido o pagamento do prêmio. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares dentro do prazo acima citado. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data de recebimento dos documentos. Com a aceitação da alteração pela Seguradora, a emissão da apólice será automática. Caso a alteração não seja aceita pela Seguradora, será enviada uma comunicação informando a recusa, juntamente com as orientações sobre a devolução do prêmio, quando houver. A Seguradora se reserva, ainda, no direito de realizar consulta cadastral para concluir a análise do risco. Caso a Seguradora não se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, a alteração estará automaticamente aceita.**- Para o esclarecimento de dúvidas, contate o e-mail** **protecaodedados@mapfre.com.br****.****- Para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados, acessar o link: www.consumidor.gov.br**- Alíquota do IOF de 0,38%, estabelecida na forma do Decreto nº 6.339, de 03/01/2008. - Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecido em legislação específica.**- O Regulamento deste produto protocolizado pela sociedade junto à Susep poderá ser consultado no endereço eletrônico****www.susep.gov.br, de acordo com o número do processo constante neste documento.****- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.**- Estou ciente que, para a aceitação deste Formulário de Alteração, **poderei ter de me submeter a exames médicos e laboratoriais por médico.**- Declaro, para todos os fins e efeitos, ter prestado informações completas e verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela inexatidão dasmesmas, estando ciente de que se eu fizer, a qualquer tempo, declarações inexatas ou omitir circunstâncias capazes de influir na minha aceitação no seguro ou no valor do prêmio, perderei automaticamente o direito à participação no seguro. |
|  | **ASSINATURA**  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |   |  |
| Local e Data |  | Assinatura do Solicitante |

 |
|  |  |
|  | **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO VIA E-MAIL PARA** | **ESCLARECIMENTOS** |
|  | DocumentosVP@mapfre.com.br | **SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800 775 7647 de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h, exceto feriados. SAC Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 775 5045 atendimento 24 horas, todos os dias.** **Ouvidoria 0800 775 3240 (opção 3) e Ouvidoria Deficiente Auditivo e de Fala 0800 962 7373. Ouvidoria atendimento de 2ª a 6ª-feira, exceto feriado, das 8 às 20hs. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais. | Em caso de comunicação de sinistro ligue para MAPFRE Captação de Sinistro, 0800 709 8432.** |

FR.440.TEC - VAL.: 10/03/26