|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ALTERAÇÃO CADASTRAL**PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR  | **Nº CERTIFICADO(S)**      |
| **ALTERAR:** [ ]  **TODOS OS CERTIFICADOS** | [ ]  **SOMENTE CERTIFICADO(S) ACIMA** |
| **DADOS DO**  [ ]  **PARTICIPANTE / SEGURADO**  [ ]  **REPRESENTANTE LEGAL / CURADOR ou TUTOR** |
| Nome Completo      |
| CPF      | Telefone para Contato(55) (    )       | E-mail      |

|  |
| --- |
| **ALTERAÇÕES CADASTRAIS DO**  [ ]  **PARTICIPANTE/ SEGURADO**  [ ]  **REPRESENTANTE LEGAL/ CURADOR ou TUTOR** |
| [ ]  Alterar Nome [ ]  Corrigir Nome |
| Nome Completo      | CPF      |
| [ ]  Endereço Residencial [ ]  Endereço de Cobrança [ ]  Dados Cadastrais FATCA (Decreto nº 8.003/2013) |
| Logradouro      | N°.      | Complemento      |
| Bairro      | Cidade      | UF      | CEP      |
| Nº de Telefone Residencial(55) (  )       | Nº de Telefone Comercial(55) (  )       | Nº de Telefone Celular(55) (  )        | E-mail      |
| ***Decreto nº 8.003/2013 - Lei Fatca (Foreign Account Tax Compliance Act)*** |
| País de Nascimento       | Nacionalidade      | País de Residência Fiscal      | País com obrigações fiscais por motivo de residência ou cidadania diferente do Brasil? [ ]  Não [ ]  Sim – País:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CORREÇÃO de DATA DE NASCIMENTO** | **Alteração de idade de saída** | **Alteração de estado civil** |
| Para       /       /       | Para       anos |  [ ]  Casado [ ]  Divorciado [ ]  Separado [ ]  Solteiro [ ]  Viúvo [ ]  Outros |

|  |
| --- |
| **CORREÇÃO DE Nº DE DOCUMENTOS** |
| Tipos de Documentos[ ]  CPF [ ]  RG [ ]  RNE [ ]  OUTRO       | Nº do Documento      | Órgão Expedidor       | Data de Emissão  /   /      |

|  |
| --- |
| **BENEFICIÁRIOS\*** |
| [ ]  Benefício de Aposentadoria [ ]  Benefício de Risco |
| **A** | **E** | **I** | **Nome Completo do Beneficiário** | **CPF** | **Data de Nascimento** | **PARENTESCO** | **% PARTICIPAÇÃO** |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |        |       |       |       |       |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |
| [ ]  | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |
| **Assinalar “A” para ALTERAÇÃO, “E” para EXCLUSÃO e “I” para INCLUSÃO.** **\*A ALTERAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS SERÁ VÁLIDA SOMENTE COM A VIA ORIGINAL DESTE FORMULÁRIO.** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES IMPORTANTES** |
| Quaisquer manutenções no campo **BENEFICIÁRIOS** serão acatadas **SOMENTE COM A VIA ORIGINAL DESTE FORMULÁRIO que deverá ser entregue em uma das nossas Sucursais.****As ALTERAÇÕES DE NOME estão condicionadas a alteração de ESTADO CIVIL e as CORREÇÕES DE NOME ocorrerão quando for identificado cadastramento incorreto.**Para os casos de **ALTERAÇÃO/ CORREÇÃO** **DO** **NOME, CORREÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO e/ ou** **DOCUMENTOS PESSOAIS**, encaminhar cópia do **CPF**, **RG**/ **RNE**/ **CNH** **(Válida)**.Para os casos de **ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO**, encaminhar cópia do **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de consumo com CEP e com emissão de vencimento no prazo máximo de 90 [noventa] dias e que esteja em nome do próprio Participante/ Segurado ou do Representante Legal/ Curador ou Tutor).Para os casos de **ALTERAÇÃO DE ESTADO CIVIL** e **NOME DO PARTICIPANTE/ SEGURADO**, encaminhar cópia da **CERTIDÃO DE CASAMENTO** ou **NASCIMENTO** e, se for o caso, **DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE SEPARAÇÃO JUDICIAL**, **DIVÓRCIO** ou **VIUVEZ**.  |

|  |
| --- |
| **ASSINATURA**  |
|  |  |
| Local e Data | Participante/ Segurado ou Representante Legal/ Curador ou Tutor quando menor de 18 anos |

|  |
| --- |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA DOCUMENTOSVP@MAPFRE.COM.BR** |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ 04.046.576/0001-40****Caixa Postal 77215 – Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 21º andar - Brooklin – CEP 04578-000 – São Paulo – SP****Central de Relacionamento/SAC (24h\*): 0800 775 7647 – Deficiente Auditivo e de Fala 0800 775 5045****\*algumas operações são realizadas somente de segunda a sexta, exceto feriados, das 9h às 18h.****Ouvidoria (de segunda a sexta, exceto feriados, das 8h às 20h): 0800 775 3240 – Deficiente Auditivo e de Fala 0800 962 7373**[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br) |

FR.351.TEC\_V003 VENC: 20/01/2023