|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\aorph\Downloads\LOGO_INDIV_MPREVIDENCIA_BRANCO_2016 (1).png | | **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 E DOCUMENTOS PARA:** | **ESCLARECIMENTOS** |
| E-MAIL: [DOCUMENTOSVP@MAPFRE.COM.BR](mailto:documentosvp@mapfre.com.br)ouFAX: (11) 4689-5713 | CONFIRME RECEBIMENTO DO E-MAIL ou FAX:CENTRAL DE RELACIONAMENTO / SAC: 0800 775 7647(de Segunda a Sexta, das 9h às 18h, exceto feriados) |
| **Ouvidoria - 0800 775 3240 - De Segunda a Sexta, das 8h às 18h, exceto feriados.**  **Deficiente Auditivo/ Fala (24h) - 0800 775 5045** MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A – CNPJ: 04.046.576/0001- 40 - www.mapfre.com.br | |

PREV-F-099 – 11/2018