|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENDOSSO**  **(MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA / ALTERAÇÃO CADASTRAL)** SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL RESGATÁVEL-BIÉN VIVIR | | | | | **Nº APÓLICE (S)** |
|  | | | | | | |
| **TIPO DE PLANO**   **ESENCIAL**   **SUCESIÓN**  **PESSOA CHAVE** | | | **ALTERAR:**  **TODAS AS APÓLICES** | | **SOMENTE APÓLICE (S) ACIMA** | |
| **DADOS DO SEGURADO** | | | | | | |
| Nome do Segurado: | | | | | | |
| CPF | | Telefone para Contato  (55) (   ) | | E-mail: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERAÇÃO DA FORMA DE Pagamento dOS PRÊMIOS** (solicitar com antecedência de 20 [vinte] dias) | | | | | | | | | | | | | | |
| Boleto Bancário  Débito em Conta Corrente  Débito em Conta 2ª titularidade e/ou Terceiros(1) | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro estar de acordo com a autorização para que seja feito na conta de minha titularidade, abaixo indicada (Estou ciente que não será permitida a alteração do dia de vencimento mais de uma vez ao ano). Estou ciente que, para ocorrer o débito na Conta Corrente abaixo, devo efetuar o cadastramento dessa operação, na devida Instituição Financeira. | | | | | | | | | | | | | | |
| Cód. Banco / Nome do Banco | Agência nº | | | Conta Corrente nº | | | | Dia do Vencimento (*permitida alteração de no máximo 5 [cinco] dias, sendo anterior ou posterior a data atual*) 1 5 10 15  20 25 | | | | | | |
| 1. Obrigatório anexar os documentos abaixo:   Conta Corrente Pessoa Física – Formulário PREV-F-022 Responsável Financeiro com documento de identificação.  Conta Corrente Pessoa Jurídica - Formulário PREV-F-022 Responsável Financeiro com documento de identificação e cópia do Contrato Social. | | | | | | | | | | | | | | |
| **Alteração da periodicidade de cobrança do seguro** | | | | | | | | | | | | | | |
| Periodicidade Mensal  Periodicidade Anual Valor a pagar após alteração R$ | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CAPITAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Redução dos capitais de morte e sobrevivência contratada. | | | | | Redução dos capitais de morte, sobrevivência\* e/ou Invalidez Permanente, se contratada.  \***O Percentual de sobrevivência original, não poderá ser alterado.** | | | | | | | | | |
| **VALORES APÓS A REDUÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | |
| Valor do capital de Morte: R$ | | | | | | | | Valor do capital de Invalidez (IPA): R$ | | | | | | |
| Valor do capital de Sobrevivência: R$ | | | | | | | | Valor do Prêmio após a Alteração: R$ | | | | | | |
| **CANCELAMENTO DE IPA** | | | | | | | | | | | | | | |
| Cancelamento da cobertura de invalidez permanente (IPA) .  Valor a pagar após o cancelamento R$ | | | | | | | | | | | | | | |
| **ALTERAÇÕES CADASTRAIS** | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço Residencial | | | | | | | | Endereço de Correspondência | | | | | | |
| Logradouro | | | | | | | | | | | | | | N°. |
| Complemento | | | Bairro | | | | | | Município | | | | UF | CEP |
| Telefone Residencial  (55) (   ) | | Telefone Comercial  (55) (   ) | | | | Celular  (55) (   ) | | | | | E-mail | | | |
| **SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Completo do Beneficiário** | | | | | | | **CPF** | | | **PARENTESCO** | | **DATA DE NASCIMENTO** | | **% PARTICIPAÇÃO** |
|  | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |  | | |  | |  | |  |
| **INFORMAÇÕES IMPORTANTES** | | | | | | | | | | | | | | |
| **AS MANUTENÇÕES SINALIZADAS NESTE DOCUMENTO SOMENTE SERÃO EFETUADAS COM A VIA ORIGINAL.**  - PARA ALTERAÇÃO DA PERIODICIDADE DE COBRANÇA DO SEGURO, SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CAPITAL e CANCELAMENTO DE IPA SERÁ PERMITIDA ALTERAÇÃO SOMENTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE.  - PARA AUMENTO DE CAPITAL OU AUMENTO DE CAPITAL COM INCLUSÃO DA COBERTURA DE IPA, SERÁ NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO DE UMA NOVA SOLICITAÇÃO DE SEGURO DE ACORDO COM SEU TIPO DE PLANO. ESTE FORMULÁRIO SERÁ PASSÍVEL DE ACEITAÇÃO, SEGUINDO OS CRITÉRIOS DE CONTRATAÇÃO CONFORME PREVISTO EM REGULAMENTO, DENTRO DOS LIMITES MÍNIMOS E MÁXIMOS DO PLANO. | | | | | | | | | | | | | | |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaro estar de acordo com as alterações acima citadas e, ciente de que as novas cobranças serão emitidas após a efetivação das alterações solicitadas e que, ficarão inalteradas as demais cláusulas estabelecidas no Regulamento e na proposta de contratação.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ASSINATURA** | | | | | | | | | | | | | | |
| PREV-F-013 – 04/2017 | | | | | | | |  | | | | | | |
| Local e Data | | | | | | | | Assinatura do Segurado | | | | | | |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA:** | | | | | | | | **ESCLARECIMENTOS:** | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. - CNPJ 04.046.576/0001-40**  **BIEN VIVIR ACEITAÇÃO**  Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 5º andar  CEP 04578-000 - São Paulo-SP ou Caixa Postal 77225 São Paulo-SP | | | | | | | | Central de Relacionamento / SAC – 24 h 0800-775-7647 **Deficiente Auditivo e de Fala – 24h** - **0800-775-5045** | | | | | | |
| **Ouvidoria 0800 775 3240 De Segunda a Sexta, das 8h às 18h, exceto feriados.** | | | | | | | | | | | | | | |