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

**BIEN VIVIR - ESENCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| [x]  **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** |
|  |