|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**](mailto: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 das  mesmas, 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