

**FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO CADASTRAL E
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DA SOLICITAÇÃO
DE SEGUROS BIÉN VIVIR**
(Processo Susep 15414.003065/201-01)

N.º. COTAÇÃO

DADOS DO SOLICITANTE			
Nome		Estado Civil	
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			
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DOS DADOS BANCÁRIOS		<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DA PERIODICIDADE DE COBRANÇA DO SEGURO	
Banco	Agência	Conta	<input type="checkbox"/> Periodicidade Mensal <input type="checkbox"/> Periodicidade Anual
Dia do Vencimento <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25		Valor a pagar após alteração R\$	
<input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE AUMENTO / REDUÇÃO DE CAPITAL OU EXCLUSÃO DE IPA			
<input type="checkbox"/> Aumento / Redução dos capitais de morte e sobrevivência*		NOVOS VALORES (APÓS AUMENTO/ REDUÇÃO DE CAPITAL OU EXCLUSÃO DE IPA)	
<input type="checkbox"/> Aumento/ Redução dos capitais de morte, sobrevivência* e/ou Invalidez Permanente, se contratada.		Valor do capital de Morte: R\$	
* O Percentual de sobrevivência oscilará de acordo com os novos capitais informados respeitando os limites mínimos e máximos permitidos.		Valor do capital de Sobrevivência: R\$	
		Valor do capital de Invalidez (IPA)R\$	
		Valor do Prêmio após a Alteração: R\$	
<input type="checkbox"/> 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.			
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DO PRAZO DE COBERTURA			
Novo prazo solicitado (informar numeral e por extenso) () ()		Valor de prêmio total a pagar após alteração R\$	
Definição de Pessoa Politicamente Exposta: É considerada Pessoa politicamente exposta: Agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargo, emprego ou função pública relevante, no Brasil ou em países, territórios ou dependência estrangeiras, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo conforme definido na Circular SUSEP nº 445/2012 e na Instrução Normativa 26/2008. São considerados familiares os parentes na linha, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.			
*É pessoa politicamente exposta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Especificar: _____			

ALTERAÇÕES CADASTRAIS			
<input type="checkbox"/> Endereço de Correspondência			
Rua	N.º.		Complemento
Bairro	Cidade-UF	País	CEP
Telefone Residencial () () ()	Telefone Comercial () () ()	Celular () () ()	E-mail

<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS				
NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	% PARTICIPAÇÃO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS
- HAVENDO NECESSIDADE, SERÃO SOLICITADOS EXAMES COMPLEMENTARES PARA ANÁLISE. - É NECESSÁRIO O ENVIO DA VIA ORIGINAL DESTES FORMULÁRIO PARA O ENDEREÇO MENCIONADO ABAIXO.

Declaro estar 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.

ASSINATURA
<p align="center">_____</p> <p align="center">Local e Data</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Assinatura do Solicitante</p>

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA	ESCLARECIMENTOS
MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A - CNPJ 04.046.576/0001-40 BIEN VIVIR ACEITAÇÃO Avenida das Nações Unidas 12.495- 11º andar CEP 04578-000- São Paulo-SP ou Caixa Postal 77225 São Paulo-SP	SAC –24 horas: Capitais e Principais cidades Metropolitanas 4002-7647 , Demais localidades 0800-775-7647 Deficiente Auditivo e de fala- Capitais e Principais cidades 4002-5045 , Demais localidades 0800-775-5045

