

TIPO DE PLANO		<input type="checkbox"/> ESENCIAL <input type="checkbox"/> SUCESIÓN		ALTERAR: <input type="checkbox"/> TODAS AS APÓLICES <input type="checkbox"/> SOMENTE APÓLICE (S) ACIMA	
<b>DADOS DO SEGURADO</b>					
Nome do Segurado:					
CPF		Telefone para Contato (55) ( )		E-mail:	
<b>MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS</b>					
<b>ALTERAÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO DOS PRÊMIOS</b> (solicitar com antecedência de 20 [vinte] dias)					
<input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente <input type="checkbox"/> Débito em Conta 2ª titularidade e/ou Terceiros*					
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).					
Banco		Agência		Conta	
Dia do Vencimento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/>					
*Para débito em conta de 2ª titularidade ou de terceiros, estou ciente da obrigatoriedade do envio do Formulário PREV-F-022 Responsável Financeiro devidamente assinado e documento de identificação do titular bem como em caso de conta PJ, cópia do contrato social anexo a este formulário.					
<input type="checkbox"/> <b>ALTERAÇÃO DA PERIODICIDADE DE COBRANÇA DO SEGURO</b> (prazo de 20 [vinte] dias para o processamento)					
<input type="checkbox"/> Periodicidade Mensal <input type="checkbox"/> Periodicidade Anual              Valor a pagar após alteração					
<input type="checkbox"/> <b>SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CAPITAL</b> (solicitar com antecedência de 20 dias)					
<input type="checkbox"/> Redução dos capitais de morte e sobrevivência contratada.			<input type="checkbox"/> Redução dos capitais de morte, sobrevivência* e/ou Invalidez Permanente, se contratada.		
* O Percentual de sobrevivência original, não poderá ser alterado.					
<b>Valores após a Redução/Cancelamento de IPA</b>					
Valor do capital de Morte: R\$					
Valor do capital de Sobrevivência: R\$					
Valor do capital de Invalidez (IPA)R\$					
Valor do Prêmio após a Alteração: R\$					
<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE (IPA) (solicitar c/ antecedência de 20 [vinte] dias) *.					
Valor a pagar após o cancelamento R\$					
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES (*)</b>					
*Para aumento de capital ou aumento de capital com inclusão da cobertura de IPA, será necessário o preenchimento de uma nova "Solicitação de Seguro – PREV-F-014", onde poderá ser exigido: 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.					
<b>Declaro estar de acordo com as alterações acima citadas 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.</b>					
<b>ALTERAÇÕES CADASTRAIS</b>					
<input type="checkbox"/> Endereço de Correspondência					
Rua		Nº.		Complemento	
Bairro		Cidade		UF	
CEP		Telefone Residencial (55)		Telefone Comercial (55)	
Celular (55)		E-mail			
<input type="checkbox"/> <b>SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS</b>					
NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO		CPF	PARENTESCO	DATA DE	% PARTICIPAÇÃO
<b>ASSINATURA</b>					
Local e Data			Assinatura do Segurado		
<b>ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA</b>			<b>ESCLARECIMENTOS</b>		
<b>MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. - CNPJ 04.046.576/0001-40</b> <b>BIEN VIVIR ACEITAÇÃO</b> Avenida das Nações Unidas, 12.495 - 11º andar CEP 04578-000 - São Paulo-SP ou Caixa Postal 77225 São Paulo-SP			<b>SAC – 24 horas:</b> Capitais e Principais cidades Metropolitanas e Demais localidades <b>0800-775-7647</b> <b>Deficiente Auditivo e de fala-</b> Capitais e Principais cidades <b>4002-5045</b> , Demais localidades <b>0800-775-5045</b>		

\*É necessário o envio da via original deste documento para o endereço mencionado

PREV-F-013 – 08/2015

Ouvidoria 0800 775 3240 De Segunda à Sexta, das 8h às 20h, exceto feriados



SEF