**FR.1946.TEC | PRODUTOS VIDA RISCOS**

**endossos produto bien vivir – movimentação financeira e alteração de capitais e coberturas**

**ADICIONAR AQUI NOME do documento**

**Formulário**

**Nº APÓLICE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO SOLICITANTE** | | | | | | |
| O solicitante é o: Segurado Titular  Responsável pelo Pagamento | | | | | | |
| Nome Completo: | | | | | | 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: |
| **DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA – PPE:** 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 - Caso “Sim”, especificar: | | | | | | |
| **MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS** | | | | | | |
| **Alteração Da Forma de Pagamento dos Prêmios** (solicitar com antecedência mínima de 20 (vinte) dias )  Boleto Bancário  Débito em Conta Corrente  Débito em Conta 2ª titularidade ou Terceiros (I)  Declaro estar de acordo e autorizo 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 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 | |
| (I)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$ | | | | | | |
| **REDUÇÃO DE CAPITAL OU ALTERAÇÃO DE COBERTURAS** | | | | | | |
| Redução dos capitais de Morte e Sobrevivência\*  Redução dos capitais de Morte e Sobrevivência\* e/ou Invalidez Permanente (IPA)\*\* e/ou Doenças Graves (DG)\*\*, se contratadas  \* **O Percentual de sobrevivência oscilará de acordo com o capital de Morte informado e respeitando os limites mínimos e máximos permitidos no produto.**  **\*\* Os valores de IPA e DG devem respeitar os limites mínimos e máximos permitidos no produto.** | | | | | | **NOVOS VALORES APÓS REDUÇÃO DE CAPITAL:**  Valor do capital de Morte: R$  Valor do capital de Sobrevivência: R$  Valor do capital de Invalidez (IPA) até R$  Valor do capital de Doenças Graves (DG): R$  Valor do Prêmio Total após a Alteração: R$ |
| **EXCLUSÃO DE COBERTURAS:**  INVALIDEZ PERMANENTE (IPA)  DOENÇAS GRAVES (DG) | | | | | | **NOVOS VALORES APÓS REDUÇÃO DE CAPITAL:**  Valor do Prêmio Total após a exclusão R$ |
| **INFORMAÇÕES IMPORTANTES** | | | | | | |
| **AS MANUTENÇÕES SINALIZADAS NESSE DOCUMENTO SOMENTE SERÃO EFETUADAS COM A VIA ORIGINAL.**  **- PARA ALTERAÇÃO DA PERIODICIDADE DE COBRANÇA DO SEGURO, REDUÇÃO DE CAPITAL E/OU EXCLUSÃO DE COBERTURAS, SERÃO PERMITIDAS SOMENTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE.** | | | | | | |
| **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 do endosso será automático. 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 sobre LGPD, 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:**  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.** | | |