|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PLANOS DE PREVIDÊNCIA**  **ALTERAÇÃO CADASTRAL** INDIVIDUAL E EMPRESARIAL | | | | **Nº CERTIFICADO(S)** |
| **ALTERAR:**  **TODOS OS CERTIFICADOS** | | | | **SOMENTE CERTIFICADO(S) ACIMA** | |
| **DADOS DO**   **PARTICIPANTE / SEGURADO**   **REPRESENTANTE LEGAL / CURADOR ou TUTOR** | | | | | |
| Nome Completo: | | | | Nome Social: | |
| CPF: | | Telefone para Contato:  (55) (    ) | E-mail: | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALTERAÇÕES CADASTRAIS DO**   **PARTICIPANTE/ SEGURADO**   **REPRESENTANTE LEGAL/ CURADOR ou TUTOR** | | | | | | | | | | | |
| Alterar Nome  Corrigir Nome | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo: | | | | | | Nome Social: | | | | CPF: | |
| Endereço Residencial  Endereço de Cobrança  Dados Cadastrais FATCA (Decreto nº 8.506/2015) | | | | | | | | | | | |
| Logradouro: | | | | | | | | N°. | | Complemento: | |
| Bairro: | | | | Cidade: | | | | | | UF: | CEP: |
| Nº de Telefone Residencial:  (55) (  ) | | Nº de Telefone Comercial:  (55) (  ) | | | Nº de Telefone Celular:  (55) (  ) | | | | E-mail: | | |
| ***Decreto nº 8.506/2015 - Lei Fatca (Foreign Account Tax Compliance Act)*** | | | | | | | | | | | |
| País de Nascimento: | Nacionalidade: | | País de Residência Fiscal: | | | | País com obrigações fiscais por motivo de residência ou cidadania diferente do Brasil?  Não  Sim – País: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CORREÇÃO de DATA DE NASCIMENTO** | **Alteração de idade de saída** | **Alteração de estado civil** |
| Para:       /       / | Para:       anos | Casado  Divorciado  Separado  Solteiro  Viúvo  Outros |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CORREÇÃO DE Nº DE DOCUMENTOS** | | | |
| Tipos de Documentos:  CPF  RG  RNE  OUTRO | Nº do Documento: | Órgão Expedidor: | Data de Emissão:    /   / |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BENEFICIÁRIOS\*** | | | | | | | |
| Benefício de Aposentadoria  Benefício de Risco | | | | | | | |
| **A** | **E** | **I** | **Nome Completo do Beneficiário** | **CPF** | **Data de Nascimento** | **PARENTESCO** | **% PARTICIPAÇÃO** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Assinalar “A” para ALTERAÇÃO, “E” para EXCLUSÃO e “I” para INCLUSÃO.**  **\*A ALTERAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS SERÁ VÁLIDA SOMENTE COM A VIA ORIGINAL DESTE FORMULÁRIO.** | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES IMPORTANTES** |
| **As ALTERAÇÕES DE NOME estão condicionadas a alteração de PRENOME em Cartório ou de ESTADO CIVIL e/ as CORREÇÕES DE NOME ocorrerão quando for identificado cadastramento incorreto.**  Para os casos de **ALTERAÇÃO/ CORREÇÃO** **DO** **NOME, CORREÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO e/ ou** **DOCUMENTOS PESSOAIS**, encaminhar cópia do **CPF**, **RG**/ **RNE**/ **CNH** **(Válida)**.  Para os casos de **ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO**, encaminhar cópia do **COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA** (conta de consumo com CEP e com emissão de vencimento no prazo máximo de 90 [noventa] dias e que esteja em nome do próprio Participante/ Segurado ou do Representante Legal/ Curador ou Tutor).  Para os casos de **ALTERAÇÃO DE ESTADO CIVIL** e **NOME DO PARTICIPANTE/ SEGURADO**, encaminhar cópia da **CERTIDÃO DE CASAMENTO** ou **NASCIMENTO** e, se for o caso, **DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE SEPARAÇÃO JUDICIAL**, **DIVÓRCIO** ou **VIUVEZ**. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURA** | |
|  |  |
| Local e Data | Participante/ Segurado ou Representante Legal/ Curador  Ou Tutor quando menor de 18 anos |

|  |
| --- |
| **ENVIAR ESTE FORMULÁRIO PARA DOCUMENTOSVP@MAPFRE.COM.BR** |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – CNPJ 04.046.576/0001-40 –** **Código SUSEP 03298**  **Avenida das Nações Unidas, 11.711 - 21º andar - Brooklin Paulista – CEP 04578-000 – São Paulo – SP**  **Central de Relacionamento: 0800 775 7647 – atendimento de 2ª a 6ª, 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 – Deficiente Auditivo e de Fala 0800 962 7373 – de 2ª à 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados.**  **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. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.**  **Plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores:** [**www.consumidor.gov.br**](https://eur03.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Fwww.consumidor.gov.br%2F&data=04%7C01%7Carpaula%40mapfre.com.br%7C70bf579e8a1a4c24103d08d9ceb55c9c%7C5cc6c66dffb2469f9385cda840e57836%7C0%7C0%7C637768100606229081%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000&sdata=qDK1CsqmCmDoD0H%2FAgBdpv%2F7CIJt6yejKoN1SExZwa8%3D&reserved=0) [www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br) |