

**ALTERAÇÕES CADASTRAIS/ 74****PLANO DE PREVIDÊNCIA**

Este formulário de ser utilizado para realização de alterações cadastrais e alterações no plano de previdência, ou ambos.

**IMPORTANTE: ASSINALE OU PREENCHA APENAS OS CAMPOS QUE DESEJA ALTERAR, MANTENDO OS DEMAIS CAMPOS EM BRANCO.**

As solicitações deverão ser enviadas 20(vinte) dias antes do vencimento da sua contribuição. Caso contrário, serão realizadas no mês subsequente.

Este formulário deverá ser enviado para o email emissão.previdencia@portoseguro.com.br ou protocolado em uma de nossas sucursais.

**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE/SEGURADO (Dados Obrigatórios)**

Nome		CPF
(DDD) Telefone	(DDD) Celular	E-mail

**PROPOSTAS QUE SOFRERÃO ALTERAÇÕES**

Todas as propostas cadastradas em meu CPF

Somente as propostas: \_\_\_\_\_

 **DADOS CADASTRAIS**

Nome do Participante/Segurado		Estado Civil				
		<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Outros
CPF	R.G/R.N.E/Documento de Identificação	Órgão Emissor	Data de Expedição			
Nacionalidade	Residente no Brasil	Pessoa Exposta Politicamente <sup>1</sup>				
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo		
Se relacionamento próximo, informe o nome da PEP		CPF da PEP	Grau de Relacionamento com a PEP			
Possui residência fiscal estrangeira?	País <sup>2</sup>	NIF (Número de Identificação Fiscal)				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
Data de Nascimento	Profissão					
E-mail	Salário Atual					
	R\$					
Endereço para correspondência		Nº	Complemento			
CEP	Bairro	Cidade	UF	(DDD)Telefone Residencial	(DDD)Telefone Celular	
Nome do Responsável Legal (preencher somente em caso de Plano Infantil)					CPF	

Envio dos documentos

Meios eletrônicos (email)  Meios eletrônicos (email) e correio

<sup>1</sup> PEP - Pessoa exposta politicamente: Consideram-se pessoas expostas politicamente os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5(cinco) anos anteriores, no Brasil ou no exterior, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, sócios, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

<sup>2</sup> Caso haja mais de um País, preencher o Formulário 3275.16.01.E - Declaração de Residência Fiscal.

 **DADOS DO PAGAMENTO**

Data do vencimento/débito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Carnê**

**Débito em Conta Corrente\***

Banco (Nome e Número)	Nº da Agência	Dígito	Nº da Conta Corrente	Dígito
Nome do Correntista			CPF do Correntista	

Assinatura do Correntista

\* EM CASO DE ALTERAÇÃO NOS DADOS BANCÁRIOS PARA DÉBITO EM CONTA PREENCHER TODOS OS CAMPOS.

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

Operação <sup>3</sup>	Nome do Beneficiário	Data de Nascimento	Grau Parentesco	Nome da Cobertura (Ex.: Pensão, Pecúlio, etc.)	% Participação

<sup>3</sup> Preencher conforme legenda: A= Alteração E= Exclusão I= Inclusão

**DADOS DO PLANO**

Idade de saída: \_\_\_\_\_ anos

**OPÇÃO - SOBREVIVÊNCIA/APOSENTADORIA**

1. Aumentar    2. Reduzir    3. Incluir    4. Excluir    5. Reativar<sup>4</sup>    6. Suspender<sup>4</sup>

Opção	Nome da Cobertura	Novo Prêmio/ Contribuição (R\$)	Novo Benefício (R\$)	A partir de (dd/mm/aaaa)	Período <sup>5</sup> (meses)
	Aposentadoria				

<sup>4</sup> Para as coberturas de risco não será possível a suspensão e reativação, apenas o cancelamento.

<sup>5</sup> Somente em caso de suspensão por período determinado.

**OPÇÕES - RISCOS**

1. Aumentar    2. Reduzir    3. Incluir    4. Excluir

Opções	Nome da Cobertura	Novo Prêmio/ Contribuição (R\$)	Novo Capital (R\$)	A partir de (dd/mm/aaaa)
	Pecúlio			
	Pensão aos menores			
	Pensão ao cônjuge ou companheira (o) <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 20 anos			
	Pensão por prazo certo <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 20 anos			
	Renda por invalidez			
	Renda por invalidez permanente total por acidente			
	Renda por invalidez permanente total funcional por doença			
	Invalidez com prazo mínimo garantido <input type="checkbox"/> 5 anos <input type="checkbox"/> 10 anos <input type="checkbox"/> 15 anos <input type="checkbox"/> 20 anos			
	Morte			
	Morte Acidental			
	Invalidez por acidente			
	Antecipação especial por doença			
	Majoração			
	Assistência funeral individual			
	Assistência funeral familiar			

**No caso de alteração nas coberturas de risco que envolvam aumento de capital ou inclusão de cobertura será obrigatório o preenchimento de nova Declaração de Saúde e Atividade anexa.**

**% DE DISTRIBUIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO ENTRE OS FUNDOS VINCULADOS AO PLANO <sup>7</sup>**

FUNDO	CNPJ	%
RENDA FIXA RUBI	18.160.545/0001-20	
RENDA FIXA RUBI PLUS	18.160.533/0001-04	
RENDA FIXA RUBI PREMIUM	02.924.262/0001-78	
RENDA FIXA INFLAÇÃO RUBI PREMIUM	17.072.616/0001-70	
RENDA FIXA CRÉD. PRIVADO RUBI PREMIUM	21.613.148/0001-14	
RENDA FIXA DIAMANTE	11.051.999/0001-14	
RENDA FIXA INFLAÇÃO DIAMANTE	21.612.781/0001-45	
RENDA FIXA SOBERANO DIAMANTE	02.924.217/0001-13	
RENDA FIXA CRÉD. PRIVADO DIAMANTE	21.612.773/0001-07	
RENDA FIXA DIAMANTE PLUS	11.051.989/0001-89	
MULTIMERCADO RUBI PLUS	08.747.753/0001-77	
MULTIMERCADO DIAMANTE	18.160.544/0001-86	
COMPOSTO MULTIMERCADO	02.924.248/0001-74	
MULTIMERCADO CLASSIC	08.747.748/0001-64	

<sup>7</sup> Utilizar somente quando Plano Multifundos

**Importante:**

Este formulário altera apenas a distribuição das contribuições. Para alteração da distribuição dos saldos é necessário o preenchimento do formulário 1065.16.01.E - Solicitação de Transferência Interna de Reserva.

Consulte o Regulamento, Certificado ou Extrato no Portal do Cliente do seu plano para verificar os fundos disponíveis para aplicação.

Estou ciente de que as alterações no Plano estão sujeitas a análise da Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Participante/Segurado

Porto Seguro Vida e Previdência S/A

Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre B - 3º Andar - Campos Elíseos - São Paulo - CEP 01216-010- CNPJ 58.768.284/0001-40  
Atendimento Grande São Paulo: (11) 3366-3377 - Outras Localidades: 0800 727 9393 - De segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30.  
SAC: 0800 727 6464 (Informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos)  
Ouvidoria: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184

