

INDICAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS



Solicito a **AUXILIADORA PREVIDÊNCIA** que efetue o cadastro/alteração de beneficiário(s) do(s) plano(s) ativo(s) de Pecúlio por Morte que contratei junto a esta Entidade, conforme manifestação exposta neste ofício. Para tanto, subscrevo meus dados:

Nome Completo:		Data Nasc.:
CPF:	Estado Civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço Residencial:		Número/Complemento:
Bairro:	Cidade:	UF (Estado):
Cep:	Tel.:	Celular:
E-mail de contato:		
Averbador /Instituidor /Órgão:		Matrícula/Masp:

Dados do plano a ser alterado:

Somente a proposta/contrato: _____

Todos os planos por morte ativos.

Coberturas:	Números de Processo Susep dos Planos INDIVIDUAIS:
Morte QC	<input type="checkbox"/> 002 <input type="checkbox"/> 007001284-79 <input type="checkbox"/> 010.004208/00-52 <input type="checkbox"/> 15414.001960/2007-87

Coberturas:	Números de Processo Susep dos Planos COLETIVOS:
Morte QC	<input type="checkbox"/> 15414.003777/2005-54 <input type="checkbox"/> 15414.004169/2012-96 <input type="checkbox"/> 15414.004629/2005-57 <input type="checkbox"/> 15414.004173/2012-54 <input type="checkbox"/> 15414.0042072005-81

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S) a partir desta data:

Nome Completo do Beneficiário	CPF	Nascimento	Parentesco	Percentual*

* A soma total da distribuição do percentual deve ser 100%.

Observações:

1) Para participante menor com idade entre 14 e 18 anos, a assinatura deverá ser em conjunto com seu representante legal. Também será necessário o envio de uma cópia do RG e CPF do participante, junto com o RG ou documento legal que comprove a responsabilidade do representante sobre o menor.

2) Para o participante que possui curador, deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela, juntamente com cópia do RG e CPF do curador nomeado. O interditado assinará em conjunto com seu curador sempre que possuir discernimento para tanto. O curador não pode assinar e ser beneficiário.

3) Caso o participante se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida **sua impressão digital** e a assinatura de um representante legal (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada cópia de um documento de identificação que comprove a impossibilidade. O representante legal ou testemunha não pode assinar e ser beneficiário.

4) Todas as assinaturas devem estar em conformidade com os documentos de identificação apresentados.

5) No preenchimento incorreto ou incompleto do formulário, ele não será acatado e será(ão) mantido(s) o(s) beneficiário(s) indicado(s) anteriormente ou conforme a legislação vigente na data do evento.

6) Permanecem inalteradas as demais cláusulas estabelecidas no regulamento e na proposta.

Tendo ciência de que **a alteração somente será válida a partir da data de protocolização deste documento na AUXILIADORA PREVIDÊNCIA**; confirmo e autorizo a alteração acima descrita.

Se necessário à rogo:

Local e data

Assinatura do representante legal (à rogo)

CPF: _____

Assinatura da testemunha 1

CPF: _____

Assinatura ou Digital do participante

Assinatura da testemunha 2

CPF: _____

Importante: Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 sancionada em 14 de Agosto de 2018 e vigente desde Setembro de 2020, a AUX garante a proteção dos seus dados pessoais informados e assegura que estes poderão ser utilizados e compartilhados apenas para fins de administração de suas coberturas.

Encaminhar para sac@auxvida.com.br ou Av. do Contorno, 2912 - Santa Efigênia - Belo Horizonte – MG - CEP 30.110-014.