

ALTERAÇÃO NA FORMA E PERIODICIDADE DE COBRANÇA PF  
BOLETO BANCÁRIO PARA DESCONTO EM FOLHA



Solicito a Auxiliadora Previdência a alteração na forma de cobrança das contribuições referentes ao(s) plano(s) ativo(s) que possuo nesta Entidade de boleto bancário para desconto mensal em folha de pagamento conforme definições abaixo:

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 para envio do boleto:		

Dados do plano a ser alterado:

Somente a proposta/contrato: \_\_\_\_\_  Todos os planos ativos.

Coberturas dos Planos	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
Invalidez Total e Permanente	<input type="checkbox"/> 15414.001961/2007-21

Dados do órgão para averbação:

Matricula Funcional / Masp / BM: \_\_\_\_\_

- Servidor Público do Estado de Minas Gerais – Seplag  
 Servidor da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte  
 Outros Órgãos/Prefeituras: \_\_\_\_\_

**Importante:** Será necessária disponibilidade da margem consignável para realizar a averbação do desconto.

**Observações:**

- 1) 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.
- 2) Anexar a cópia da CNH ou RG e CPF (frente e verso) e comprovante de endereço do participante.
- 3) Todas as assinaturas devem estar em conformidade com os documentos de identificação apresentados.
- 4) No preenchimento incorreto ou incompleto do formulário, o mesmo não será acatado.
- 5) 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.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura/digital do(a) participante \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal  
(se necessário) \_\_\_\_\_

**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](mailto:sac@auxvida.com.br) ou Av. do Contorno, 2912 - Santa Efigênia - Belo Horizonte – MG - CEP 30.110-014.