

REENQUADRAMENTO DO PLANO DE PECULIO INDIVIDUAL



Solicito que **não** seja aplicado o reajuste do(s) meu(s) plano(s) de Pecúlio ativos junto à Auxiliadora Previdência. Informo que **desejo manter minha contribuição anterior**, conforme já era descontado em minha folha de pagamento, com o valor total de R\$_____, ciente que o valor de cobertura do(s) meu(s) benefício(s) será(ão) devidamente recalculado(s) e reenquadrado(s) de acordo com o índice de minha faixa etária (idade) atual podendo inclusive resultar em uma cobertura inferior.

Sendo assim, subscrevo os dados para atualização:

Nome Completo:		
Nome Social:		Data Nasc.:
CPF:	Estado Civil:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
UF (Estado):	Cep:	
Tel.1:	Tel.2:	Celular:
E-mail de contato:		

Averbador /Instituidor /Órgão:_____ Matrícula/Masp _____

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

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 ou Av. do Contorno, 2912 - Santa Efigênia - Belo Horizonte - MG - CEP 30.110-014.