

## Instruções de Preenchimento

### 1) Documentação necessária para alteração de nome e/ou estado civil

Cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito.

### 2) Forma de envio:

Envie este formulário para ACIPREV: Rua Primo Picoli, 232 - Centro - Americana - SP - CEP: 13465-640.

### 3) Participante menor de idade

**Menor de 16 anos:** o formulário deve ser assinado pelo representante legal.

**Maior de 16 e menor de 18 anos:** o formulário deve ser assinado pelo participante junto com o representante legal.

**Documentação necessária:** cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.

### 4) Participantes interditados

**Participante possui discernimento para assinar:** o formulário deve ser assinado pelo participante e/ou representante legal (curador ou tutor).

**Participante não possui discernimento para assinar:** o formulário deve ser assinado somente pelo representante legal (curador ou tutor).

**Documentação necessária:**

**Curador:** cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

**Tutor:** cópia do documento de identificação, CPF e o instrumento de tutela.

### 5) Participantes impossibilitados de assinar

**Com coleta de impressão digital (a rogo):** inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do

 Participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

**Documentação necessária:** cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunhas, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas.

### 6) Procuradores

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida por autenticidade.



No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

## Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta
---------------	-----	--------------------------	----------------

1- Na Proposta de Adesão ou no Kit Boas Vindas, você encontra o número da proposta.



## Dados Cadastrais ASSINALE APENAS OS DADOS QUE DESEJAR ALTERAR.

<b>NOME</b>  Preencher em caso de correção ou alteração do nome			
Nome Completo do Participante			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</b>  Para participantes estrangeiros, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação.			
Número	Natureza	Data de Expedição	Órgão Expedidor
<b>CPF<sup>2</sup></b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>PPE<sup>3</sup></b>
Número	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>IDADE DE ENTRADA NO BENEFÍCIO</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>RELACIONAMENTO ELETRÔNICO</b>	
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

2- Para alterar o nº do CPF deverá enviar a cópia do documento que possua a referida numeração (CPF, RG, CNH, CTPS ou passaporte).

3- Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

## Alteração de Endereço Residencial Comercial Assinale apenas os dados que deseja alterar.

<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL</b>  Para alteração de endereço enviar somente o formulário. Não há a necessidade do envio do comprovante.			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
<b>ENDEREÇO COMERCIAL</b>			
Endereço (Av./Rua)		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
<b>TELEFONE RESIDENCIAL</b>	<b>TELEFONE COMERCIAL</b>	<b>CELULAR</b>	<b>E-MAIL</b>
Tel ( )	Tel ( )	Cel ( )	E-mail
<b>ESTADO CIVIL</b>  Encaminhar certidão de casamento atualizada ou declaração de união estável, conforme o caso.			Nome do(a) Cônjuge
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Em União Estável			

# Alteração de Dados

## Beneficiários

Preencha os campos abaixo caso queira indicar como beneficiários seus herdeiros legais ou terceiros.

NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO	% DE RATEIO <sup>4</sup>	GRAU DE AFINIDADE <sup>5</sup>	DATA DE NASCIMENTO
	%		
	%		
	%		
	%		

4- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.

5- No campo de grau de afinidade indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc.) ou parentesco com o beneficiário indicado. Para indicar herdeiros adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados do beneficiário indicado ou enviar um novo formulário de "Alteração de Dados".

## Forma de pagamento, Aumento/Redução/Suspensão do valor da Contribuição Básica mensal, Cancelamento da vinculação ao Plano e Cancelamento da Contribuição de Risco PREENCHA SOMENTE OS CAMPOS QUE DESEJA ALTERAR.

ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO		
Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Desconto em Folha	Se desconto em folha, informar abaixo o nome da Empresa	Data do Vencimento <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25
AUMENTO/ REDUÇÃO DO VALOR DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL <sup>6</sup>	REDUÇÃO DA PARCELA ADICIONAL DE RISCO	
<input type="checkbox"/> Alterar o valor da Contribuição Básica para R\$ _____.	Valor da Contribuição para Benefício por Morte R\$ _____ Valor da Contribuição para Invalidez R\$ _____	
SUSPENSÃO DA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA MENSAL <sup>6</sup>		
Suspender a Contribuição Básica por _____ meses.	Quanto à Contribuição de Risco opto por: <input type="checkbox"/> Manter o pagamento na modalidade atual (boleto/desconto em folha). <input type="checkbox"/> Autorizar o débito da contribuição de risco e taxa administrativa do meu saldo da conta participante.	
CANCELAMENTO DA VINCULAÇÃO AO PLANO	CANCELAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DE RISCO	
<input type="checkbox"/> Cancelar a vinculação ao plano.  Esta solicitação cancela todo o plano do Participante.	<input type="checkbox"/> Pensão por Morte <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Morte e Invalidez	

6- Conforme Regulamento do Plano, a Contribuição Básica mensal tem caráter obrigatório e será livremente escolhida pelo Participante, podendo ser alterada a qualquer momento, mediante formalização à Entidade, observado o valor mínimo de R\$ 50,00.

## Observações

O Participante Ativo que possuir reserva igual ou superior a R\$ 3.000,00, poderá tornar-se Participante Licenciado, suspendendo a qualquer momento a Contribuição Básica mensal, por período ilimitado. O Participante Licenciado poderá voltar a contribuir a qualquer momento, mediante formalização à Entidade. A solicitação deve ser realizada com prazo mínimo de 30 dias de antecedência do próximo vencimento. A suspensão da Contribuição Básica mensal não implica na suspensão da Contribuição de Risco. O risco permanece ativo e o Participante deverá optar por uma das duas formas de pagamento: dedução da reserva ou através da forma de pagamento vigente. O não pagamento da parcela adicional do seguro (prêmio) na data de seu vencimento, referente às coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), implicará na suspensão ou cancelamento nas condições especificadas pela Sociedade Seguradora.

Solicito as alterações conforme especificado neste formulário.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante



\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>7</sup>	E-mail
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

7-Em caso de participante/ beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/ financeiro.