

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

**Forma de pagamento:** DÉBITO AUTOMÁTICO: encaminhar com 20 dias de antecedência da data prevista do próximo pagamento. CARNÊ: será enviado um novo carnê atualizado ao endereço cadastrado no mês subsequente a solicitação

Este formulário deverá ser enviado para o email [emissao.previdencia@portoseguro.com.br](mailto:emissao.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 (Dados Obrigatórios)**

- Todas as propostas cadastradas em meu CPF  
 Somente as propostas: \_\_\_\_\_

**DADOS CADASTRAIS**

Deseja realizar alteração para  
 Endereço de cadastro  Endereço de correspondência

Nome			Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data nascimento
CPF	RG/Documento de Identificação	Órgão Emissor	Data de Expedição	Estado civil
PEP <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Relacionamento próximo	Se relacionamento próximo, informe dados da PEP			
	Nome	CPF	Grau de rel. com a PEP	
Informar origem dos recursos (somente se for PEP e caso a operação seja acima de R\$10 mil) <input type="checkbox"/> Salário / Pró-Labore <input type="checkbox"/> Aplicações financeiras <input type="checkbox"/> Comissões <input type="checkbox"/> Herança <input type="checkbox"/> Imóveis <input type="checkbox"/> Aposentadoria				
Nacionalidade	Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Profissão		
Possui residência fiscal estrangeira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	País <sup>2</sup>	NIF (Número de Identificação Fiscal)		
E-mail	Rendimento mensal R\$			
Endereço			Nº	Complemento
CEP	Bairro	Cidade	UF	(DDD) Tel. Residencial (DDD) Tel. Celular

<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 Completo (Titular da Conta)			CPF (Titular da Conta)	

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

**Observações****DADOS DO PLANO**

Idade de saída: \_\_\_\_\_ anos

As alterações de idade de saída serão avaliadas caso a caso.

**OPÇÃO - SOBREVIVÊNCIA/APOSENTADORIA**

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

Opção	Nome da cobertura	Novo Prêmio/ Contribuição (R\$)	Novo Benefício (R\$)	A partir de (dd/mm/aaaa)
	Aposentadoria			

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

**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			
	Diária por Incapacidade Temporária			
	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.

A PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS terá o prazo de 15 dias corridos – a contar da data de protocolo da proposta para aceitar ou recusar o seguro, ou para aceitar a modificação do risco.

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

FUNDO	CNPJ	%
PORTO SEGURO GIANT PREV FIE FIC MULTIMERCADO	41.594.545/0001-50	
PORTO SELECTION FIC RENDA FIXA PREVIDENCIÁRIO CRÉDITO PRIVADO	41.734.913/0001-19	
PORTO INFLAÇÃO CURTA PREVIDENCIÁRIO FIC RENDA FIXA	41.734.685/0001-09	
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	
SPARTA PREVIDÊNCIA CRÉDITO PRIVADO	35.916.447/0001-90	
ARX DENALI CRÉDITO PRIVADO	35.927.347/0001-69	
AZ QUEST JUROS E MOEDAS MULTIMERCADO	32.319.674/0001-40	
BTG PACTUAL DISCOVERY MULTIMERCADO	33.146.417/0001-90	
CLARITAS LONG BIAS MULTIMERCADO	35.715.030/0001-69	
ARX INCOME 70 MULTIMERCADO	35.927.261/0001-36	
ADAM PREV FIC FI MULTIMERCADO	35.502.474/0001-16	
ALASKA 70 PREVIDÊNCIA FUNDO DE INVESTIMENTO MULTIMERCADO	39.254.233/0001-56	
LEGACY CAPITAL PREVIDENCIÁRIO MULTIMERCADO	38.280.851/0001-08	
LEBLON 70 FUNDO DE INVESTIMENTO MULTIMERCADO FIE	35.956.778/0001-53	
ABSOLUTE PREVIDENCIÁRIO MULTIMERCADO	36.352.751/0001-14	

<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.

Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem, sobre o prêmio de risco, as alíquotas de 0,65% de PIS/PASEP e de 4% de COFINS, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

Condição Especial/Particular de Cobertura de Morte por Doença e Pensões (para eventos vinculados direta ou indiretamente ao Covid-19): Consiste no pagamento do Capital Segurado e/ou pensões contratados relativo à morte do Segurado aos Beneficiários indicados na Proposta de Contratação, desde que o evento tenha ocorrido após o decurso do período de carência de 90 (noventa) dias, contados da data do início de vigência da apólice ou da data do início de vigência do endosso, no caso de aumento de capital.

Local e data

Assinatura do Titular Participante/Segurado

Assinatura do Responsável Financeiro\*

\* Assinatura obrigatória apenas em caso de troca de CPF.

**Porto Seguro Vida e Previdência S/A**

Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre A - Campos Elíseos - São Paulo - CEP 01216-012 - CNPJ 58.768.284/0001-40  
Central de Atendimento: (11) 3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800-727-9393 (demais localidades). WhatsApp: (11) 3003-9303. SAC - cancelamento, reclamação e informação: 0800-727-6464. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30. Atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800-727-8736. Ouvidoria: 0800-727-1184.

Site: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE

**IMPORTANTE:** O preenchimento da declaração abaixo é obrigatório apenas nos casos de contratação de coberturas de risco. Os campos "Local e data" devem ser preenchidos pelo proponente e/ou seu representante legal ou, ainda, pelo corretor de seguros, pois, caso contrário, para efeito de preenchimento dos referidos campos será acatada a data de protocolo na Seguradora. O preenchimento deverá ser feito de próprio punho e, quando as respostas das questões abaixo forem afirmativas, será obrigatório informar detalhes no campo "Observações/detalhamento", situado ao término das questões.

### DESCRIÇÃO

1 Idade \_\_\_\_\_ | Pesp \_\_\_\_\_ kg | Altura \_\_\_\_\_ M

2  É fumante  Ex-fumante (Há quanto tempo)? \_\_\_\_\_

### PREENCHER SIM OU NÃO NAS COLUNAS

3 O Proponente irá custear o seguro?  Sim  Não

4 Encontra-se atualmente em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho?  Sim  Não

5 Sofre ou sofreu de alguma doença que o(a) tenha obrigado a consultar médicos para realizar tratamento(s), hospitalizar-se, submeter-se à intervenções clínicas ou cirúrgicas, ou ainda, afastar-se de sua atividade profissional?  Sim  Não

6 Tem ou teve doenças cardiovasculares como: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, angina, doença das válvulas cardíacas, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral / derrame, isquemia cerebral, aneurisma, trombose etc.?  Sim  Não

7 Já realizou exames que tenham apresentado resultados alterados, tais como ressonância magnética, rx, tomografia, biópsia, ultrassonografia, endoscopia, exames de sangue ou qualquer outro? (em caso afirmativo, anexar os resultados dos exames) - especifique: \_\_\_\_\_  Sim  Não

8 Tem ou teve doenças endócrinas e metabólicas como: diabetes / níveis elevados de açúcar no sangue, doenças da tireóide / bócio, dislipidemia / níveis elevados de colesterol ou triglicérides no sangue, gota, distúrbios glandulares etc.?  Sim  Não

9 Possui ou possuiu algum tipo de câncer, neoplasia, nódulo ou tumor (maligno ou benigno)?  Sim  Não

10 Já esteve internado, realizou tratamento ou tomou medicação pelo uso excessivo de álcool?  Sim  Não

11 Pratica esporte de forma profissional ou semi-profissional (mais de 3 vezes por semana), ou ainda, esportes aéreos, subaquáticos e/ou participa de competições automobilísticas?  Sim  Não

12 É tripulante ou piloto (amador ou profissional) de algum tipo de aeronave?  Sim  Não

13 Possui seguro de vida em outra seguradora?  Sim  Não

14 Você teve ou tem diagnóstico de infecção por covid-19? Informe a data do diagnóstico, sintomas \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  Sim  Não

15 Você teve algum desses sintomas: perda do olfato ou paladar, febre, dor de garganta, mal-estar ou dor no corpo, tosse, dificuldade para respirar, falta de ar, secreção nasal ou náusea recentemente? Informe data e duração dos sintomas \_\_\_\_\_ dias \_\_\_\_\_  Sim  Não

16 Você realizou algum teste para diagnóstico de covid-19 recentemente? Informe a data do exame \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_  Sim  Não

AUTENTICAÇÃO PROTOCOLO ELETRÔNICO

**Detalhe e especifique os itens preenchidos com "sim" (nome da cirurgia, diagnóstico, tratamento, período, seguradora e etc.)**

Item	Observações/ Detalhamento
------	---------------------------

Assinatura do Representante Legal

Local e data

Assinatura do Proponente

**Porto Seguro Vida e Previdência S/A**

Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre A - Campos Elíseos - São Paulo - CEP 01216-012 - CNPJ 58.768.284/0001-40  
Central de Atendimento: (11) 3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800-727-9393 (demais localidades). WhatsApp: (11) 3003-9303. SAC - cancelamento, reclamação e informação: 0800-727-6464. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30. Atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800-727-8736. Ouvidoria: 0800-727-1184.  
Site: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)