

Nome do Titular (preenchimento obrigatório)	Data	Sucursal	Cia	Nº da Apólice	Certificado (se SPG)
---	------	----------	-----	---------------	----------------------

Leia com
Atenção →

- Preencher à máquina ou com letra de forma, somente os campos a alterar.
- As informações contidas na legenda deverão ser preenchidas com o correspondente à informação desejada.
- Nos casos de inclusão de dependentes não preencher este formulário. Ver instruções no campo 3.
- O preenchimento do campo do telefone é fundamental para eventuais contatos.

Legendas	Sexo 1 - Masc 2 - Fem	Estado Civil (Est. Civil) 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado	Parentesco 1 - Cônjuge 2 - Filho 9 - Outros	Adicional Parto (Ad. Par.) 1 - Sim 2 - Não
----------	--------------------------	--	--	---

Alteração do Titular					
Tipo 1	Nome				Data Nascimento
	Sexo	Estado Civil	CPF	Profissão	Altura (cm) Peso
	Natureza Identificação (RG, CNH, etc)		Nº do Documento		Órgão Expedidor
	PIS/PASEP (se SPG)		Data de Expedição	País de Origem (Prop. Estrangeiro)	Cód. (uso da Cia)
	Por conta		Nome da Mãe		

Alteração de Endereço					
Tipo 2	Endereço Completo				
	Bairro	Cidade			CEP
	(DDD) Telefone 1	(DDD) Telefone 1			

Inclusão de Dependentes					
Tipo 3	Para inclusão de dependentes, preencher apenas o formulário – Solicitação de Inclusão de Dependentes e Declaração de Saúde.				

Exclusão de Dependentes					
Tipo 4	Cód.	Data de Exclusão	Nome		
Tipo 4	Cód.	Data de Exclusão	Nome		

Alteração de Dados de Dependente(s) / Agregado(s) – Exceto para os Seguros SPG e Padrão Top										
Tipo 5	Cód.	Nome				CPF	Data de Nascimento			
	Sexo	Est. Civil	Par.	Ad. Par.	Data de Inclusão	Data de Vigência	Altura (cm)	Peso (Kg)	Nome da Mãe	
Tipo 5	Cód.	Nome				CPF	Data de Nascimento			
	Sexo	Est. Civil	Par.	Ad. Par.	Data de Inclusão	Data de Vigência	Altura (cm)	Peso (Kg)	Nome da Mãe	

Alteração de Plano / Dados de Angariação											
Tipo 6	Plano		Data de Vigência		Parto para o Titular 1 - Sim 2 - Não		Código da Rede		Código da Região		
	Forma de Pagamento 1 - Débito C.C 2 - Carnê		Banco	Agência	Conta Corrente	Cód. Ang.	Cód. Agente	Cob. perm. 1 - Sim 2 - Não	Data de Vigência		
	Reembolso 3 - Créd. Autom. 4 - Cheque		Banco	Agência (Cod/Dig)	Conta Nº. Dígito	Tipo de Conta	0 - Conta Corrente Individual 1 - Conta Corrente Conjunta		2 - Conta Poupança Individual 3 - Conta Poupança Conjunta		
	Ass. Pess. ** 1 - Sim 2 - Não	Data de Vigência	* Cob. Compreensiva 1 - Sim 2 - Não		Data de Vigência	Cob. Cons. 1 - Sim 2 - Não	Data de Vigência	Fator Re			
	Data de Vigência		<p>* Obrigatório o preenchimento da Declaração de Saúde para todos os Segurados</p> <p>** Exceto para o Seguro Padrão Top</p>								

Assinatura do titular obrigatória no verso desta planilha – Controle (Preenchimento obrigatório)										
Tipo 7	Qtde. total	←	Preencher com a quantidade total de alterações realizadas	Alterações efetuadas por Matrícula	Assinatura					



Observações

Ratifico as informações alteradas neste documento, mediante minha autorização e declaro ter ciência de que a presente solicitação somente terá validade após a aceitação pela Bradesco Saúde, mesmo que parcialmente e/ou com restrições, e que a operadora está autorizada, quando contratualmente cabível, a alterar o valor da fatura mensal do plano, seja através de débito automático em conta corrente ou carnê.

Declaro que a(s) conta(s) corrente(s) informada(s) para débito dos prêmios mensais e/ou crédito dos reembolsos é (são) de minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos, autorizando o(s) banco(s) indicado(s) a efetuar(em) o débito e/ou crédito na(s) respectiva(s) conta(s) corrente(s). Declaro ainda que, caso a conta corrente indicada para débito dos prêmios mensais não seja de minha titularidade, tenho expressa autorização do titular para que o débito automático possa ser efetuado.

Estou ciente de que qualquer alteração cadastral havida na(s) conta(s) corrente(s) indicada(s) deverá ser imediatamente comunicada à Seguradora.

Estou ciente de que se houver insuficiência de fundos para cobrir o valor a ser debitado em conta corrente, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio.

Local e Data


Assinatura do Segurado Titular

Central de Relacionamento com o Cliente: 0800 701 2700

SAC: 0800 727 9966

Central de Atendimento ao Surdo: 0800 701 2708