

**ATENDIMENTO INSTITUCIONAL:**3003 7783  
(capitais ou regiões metropolitanas)  
0800 200 7783  
(demais localidades)**SAC:**0800 282 5907  
(info. públicas, reclamações ou cancelamentos)  
0800 606 1111  
(pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**OUIDORIA:**

0800 200 0110

**ACESSE:**

www.prudential.com.br

**ATUALIZAÇÃO/ALTERAÇÃO DE FORMA DE PAGAMENTO**Este formulário destina-se a: ☐ Emissão ☐ Processos Operacionais**Atenção:** indique ao lado o(s) número(s) da(s) proposta(s) ou apólice(s) cuja forma de pagamento deseja alterar.

Nº proposta:

Nº proposta:

Nº apólice POB:

Nº apólice POB:

Nome ou nome social do segurado:

CPF ou documento de identificação:

Nome ou nome social do responsável pelo pagamento (se diferente do segurado) ou razão social (exceto para o seguro Dotal Criança):

CPF/CNPJ:

**Informação de pagamento dos prêmios**

Periodicidade de pagamento:

☐ Mensal ☐ Anual

Dia de vencimento dos prêmios:

**Forma de pagamento dos prêmios**☐ Débito em conta-corrente ☐ Cartão de crédito ☐ Outros:**Esta autorização de cobrança é válida para uma das opções abaixo:**

- ☐ Antecipação ou complemento de antecipação do 1º prêmio somente
- ☐ Antecipação ou complemento de antecipação do 1º prêmio e demais prêmios, caso a apólice seja emitida
- ☐ Demais prêmios, caso a apólice seja emitida

**Atenção:**

- A conta-corrente ou o cartão de crédito utilizados devem ser de titularidade do responsável pelo pagamento dos prêmios da(s) apólice(s). Se necessário, solicitar simultaneamente a alteração ou inclusão do responsável pelo pagamento (exceto para o seguro Dotal Criança) preenchendo os campos abaixo.**
- Caso a forma de pagamento escolhida seja débito em conta-corrente, conforme procedimentos bancários, poderá haver necessidade de que o débito seja previamente autorizado pelo responsável pelo pagamento no banco. Nos casos em que a autorização exigida pelo banco não for efetivada, o débito agendado poderá não ocorrer.**

**Informe os dados em caso de inclusão ou atualização****1. Dados de conta bancária**

Nome do banco:

Nº do banco:

Agência com dígito:

Conta-corrente com dígito:

Conta conjunta: ☐ Sim ☐ Não

Nome(s) do(s) correntista(s):



## 2. Dados do cartão de crédito

Administradora:	Nº do cartão:		Validade:
			/
Nome do titular do cartão de crédito:		Token:	

## 3. Responsável pelo pagamento (para o seguro Dotal Criança não se aplica alteração de responsável pelo pagamento)

☐ Alterar em caso de mudança do nome do responsável pelo pagamento ☐ Incluir novo responsável pelo pagamento

**Caso o campo não seja assinalado e seja identificado que os dados de pagamento informados pertencem ao próprio segurado, ocorrerá automaticamente a alteração do responsável pelo pagamento para o próprio segurado.**

Nome ou nome social do responsável pelo pagamento ou razão social:

Nacionalidade: Residência fiscal:

TIN - *taxpayer identification number* (informar o número de identificação fiscal em caso de residência fiscal no exterior):

Data de nascimento: / / Grau de parentesco: Sexo: ☐ M ☐ F

Identidade: Data de expedição: / / Órgão expedidor:

CPF/CNPJ: Profissão/ramo de atividade:

Telefone(s): Residencial ( ) Comercial ( ) Celular ( )

Faturamento anual ou renda anual:

Nome ou nome social do empregador/tomador de serviço (se o responsável pelo pagamento for pessoa física): Entidade do governo?  
☐ Sim ☐ Não

Patrimônio estimado, bens móveis e imóveis (se o responsável pelo pagamento for pessoa jurídica):

E-mail:

Endereço de cobrança:

Bairro: Cidade: Estado:

CEP: Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo  
☐ Separado ☐ Divorciado

O Responsável pelo Pagamento tem interesse na preservação da vida do Segurado? ☐ Sim ☐ Não

**Assinando este formulário eu confirmo que sou residente fiscal apenas do(s) país(es) indicado(s) nos campos "Nacionalidade" e "Residência fiscal" acima.**

**Declaro, ainda, que as informações fornecidas são verdadeiras e que concordo em atualizá-las mediante preenchimento de formulário específico em 30 dias se houver alteração nas circunstâncias que façam com que a informação contida neste formulário se torne incorreta ou incompleta.**

**Nota: se você é um cidadão ou possui um passaporte norte-americano ou green card, você também será considerado um residente fiscal nos EUA, ainda que resida fora dos EUA.**

4. Para alteração de responsável pelo pagamento e de periodicidade de uma proposta, o preenchimento dos campos abaixo é obrigatório.

Prêmio:	IOF (Imposto sobre Operações Financeiras):
Prêmio total:	Número de Parcelas:

Autorizo a instituição responsável pela cobrança dos prêmios (bancos e/ou administradoras de cartão de crédito) a debitar o(s) prêmio(s) do seguro em favor da Prudential do Brasil Seguros S.A., a partir da data de assinatura deste formulário. Autorizo, desde já, que a administradora do cartão de crédito forneça a numeração atualizada de novos cartões de crédito para cobrança dos prêmios.

As autorizações acima serão válidas durante toda a vigência da(s) apólice(s) de seguro(s), caso não haja manifestação minha em contrário com até 30 (trinta) dias de antecedência ao débito do prêmio correlato.

Estou ciente de que, caso a cobrança do(s) prêmio(s) seja rejeitada por quaisquer motivos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio.

Caso haja prêmio(s) vencido(s) e não pago(s) na presente data, autorizo desde já a reemissão dessa(s) cobrança(s), conforme dados de pagamento indicados neste formulário, a fim de que a situação seja regularizada.

Estou ciente de que a seguradora encaminhará um boleto de cobrança bancária caso não seja possível realizar o débito do(s) prêmio(s).

**Atenção: sempre que houver o envio de novo cartão pela administradora, e/ou quaisquer alterações nos dados bancários, os novos dados deverão ser informados imediatamente para a seguradora, sob pena de a cobrança do(s) prêmio(s) não se efetivar.**

**Estou ciente de que informações prestadas e solicitações efetuadas por mim por meio de correios eletrônicos (e-mails) tráfegarão pela Internet e poderão não ser recepcionadas pela Prudential do Brasil Seguros S.A. por motivos alheios à sua vontade. Além disso, estou ciente do risco de violação, por terceiros, das informações prestadas à Prudential do Brasil Seguros S.A. por meio de correios eletrônicos (e-mails)**

**e, por essa razão, (I) me comprometo, desde já, a sempre utilizar mecanismos seguros e confiáveis sempre que optar pela comunicação com a seguradora por meio de correios eletrônicos (e-mails), e (II) reconheço, ainda, que a Prudential do Brasil Seguros de Vida S.A. não terá qualquer responsabilidade, nessas hipóteses, em caso de violação dessas informações por culpa de terceiros.**

Local e data:

Assinatura do segurado:

Local e data:

Assinatura do responsável pelo pagamento:

Nome ou Nome Social do Life Planner:

Assinatura do Life Planner:	Ponto de apoio:	Código CPD:
-----------------------------	-----------------	-------------

Life Planner é a marca registrada da The Prudential Insurance Company of America para designar os franqueados corretores de seguro de vida.