



SOLICITAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE AFILIAÇÃO

(Formulário de Solicitação de Atualização de Dados do Distribuidor)

Por favor preencha todos os campos. Formulários incompletos não serão processados.

Ver: HQIT004

1. REQUESTER DETAILS

Nome do(a) Solicitante - COM LETRA DE FÔRMA

Código do Afiliado(a): _____

2. TIPO DE SOLICITAÇÃO

☐

Dados do distribuidor

Nome : _____

Data de Nascimento: _____

(DD/MM/AA)

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Local de Nascimento: _____

CPF: _____

RG / RNM(Registro Nacional Migratório): _____

☐

Informações para Contato

Endereço (Rua e Número): _____

Cidade & Estado: _____

CEP: _____

Bairro/Distrito: _____ País: Brasil

Número de Telefone Fixo: _____

Endereço de Email: _____

Número de Celular: _____

Motivo para Mudança de Endereço: _____

* Informações Importantes

1. Caso um distribuidor solicite a alteração do seu país e endereço,

(i) o distribuidor deverá apresentar uma cópia da autorização de residência/autorização de trabalho válida;

(ii) o referido Distribuidor deve requerer o recebimento do seu bônus no país onde tal bônus foi gerado.

2. Aprovação prévia deve ser obtida do diretor de marketing internacional/diretor de marketing/presidente regional do país atual para a mudança de endereço para outro país.

☐

Cônjuge (Anexar Certidão de Casamento)

Nome : _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____

(DD/MM/AA)

☐

Beneficiário

Nome : _____

Marido ☐ Esposa ☐ Outro : _____

☐

Conta Bancária

Nome do titular da conta bancária: _____

Banco: Santander ☐ Outros/Especificar ☐ Número da Conta: _____

Código da Agência: _____

POR FAVOR INDIQUE OS DADOS QUE VOCÊ DESEJA ATUALIZAR (ex.: Nome, RG/RNM, CPF, etc.)

3. DECLARAÇÃO

a. Afirmo e asseguro que obtive a autorização de residência ou de trabalho válida da autoridade competente do país para onde gostaria de mudar de endereço. A cópia da autorização de residência ou autorização de trabalho encontra-se aqui anexada.

b. Venho por meio deste formulário solicitar que os meus dados pessoais que estão em posse da DXN sejam modificados, alterados e/ou apagados conforme indicado neste formulário.

c. Afirmo também através deste documento que os detalhes fornecidos acima são corretos e verdadeiros.

d. Através do presente formulário, concordo e autorizo totalmente a DXN a tratar e processar os dados pessoais fornecidos por mim ou disponibilizados para a DXN de acordo com a Política de Privacidade/Aviso de Privacidade da DXN (www.dxn2ulatam.com/business/), e aceito e reconheço irrevogavelmente que a DXN tem o direito absoluto de transferir/reverter a solicitação/pagamento de bônus e/ou comissões devolvidas ao país de origem conforme a DXN considerar apropriado, sem aviso prévio ou motivo.

Assinatura: _____

Data: _____

- Uma vez que o formulário for preenchido, imprima e assine-o. Envie-o via email para o endereço: contato@dxn2u.com.

- Coloque em anexo uma cópia de um Documento de Identificação Oficial, documento que ateste o endereço ou outro documento que seja necessário para o processamento da sua solicitação.

4. SOMENTE PARA UTILIZAÇÃO DA FILIAL

Aprovado por: _____

Nome: _____

Cargo: _____

Data: _____

5. SOMENTE PARA UTILIZAÇÃO DO GIT

Verificado/Atualizado por: _____

Nome do funcionário: _____

Cargo: _____

Data: _____