

Assinale uma das opções abaixo (não serão acatados formulários com rasura)

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Previdência/Seguro
--------------------------------------	---------------------------------	---

Instruções de Preenchimento

- Cliente menor de idade:**
Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).
Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo cliente junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).
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. Em caso de tutela, apresentar instrumento de tutela.
- Cliente curatelado:**
Possui discernimento para assinar: assinado pelo Cliente e/ou Representante Legal (curador).
Não possui discernimento para assinar: assinado somente pelo Representante Legal (curador).
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).
- Cliente impossibilitado 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 cliente, e ainda acompanhado de assinatura de uma testemunha.
Sem coleta de impressão digital: assinado pelo Representante Legal (Procurador)
Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".
- 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.
 No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).
Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com prazo de emissão não superior a 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.
- Acesse:** www.riograndesseguradora.com.br e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

Dados do Participante/Segurado

Nome Completo		CPF (somente números)		
Data de Nascimento	O participante/segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais e/ou previdência privada em outra(s) companhia(s)? Quais? <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não			
Endereço			Número	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP

Dados do Seguro

Nº do Certificado/Apólice/Proposta				
O participante/segurado estava afastado do trabalho?	Desde que data?	Por qual motivo?	Data de admissão na empresa (somente para seguro de Vida Empresarial)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
O segurado estava aposentado?	Desde que data?	Por qual motivo?	Último dia de trabalho (somente para seguro de Vida Empresarial)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

Coberturas (identifique as coberturas pleiteadas no certificado do plano)

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Cônjuge	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Filho	<input type="checkbox"/> Morte Acidental do Filho	<input type="checkbox"/> Morte Acidental do Cônjuge
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente	<input type="checkbox"/> Doenças Graves	<input type="checkbox"/> Outras: _____	

Participante/Segurado Beneficiário > Parentesco _____

Dados do Solicitante



Preencha caso não seja o participante/segurado.

Procurador Curador

Nome Completo / Razão Social		CPF (somente números) / CNPJ		
Endereço		Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail		

Centro de Relacionamento com o Cliente - CRC: 0800 281 3005

Atendimento para pessoas com necessidades especiais: acesse o chat online através do site www.riograndesseguradora.com.br.

SAC Seguros e Previdência: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvidoria Rio Grande Seguros e Previdência S/A: 0800 025 1895, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h. (É necessário ter o número do protocolo do atendimento anterior).

Dados do Sinistro

Data da Ocorrência	Hora da Ocorrência	Local da Ocorrência		
Endereço		Bairro	Cidade	UF
Descreva com letra legível como ocorreu o sinistro e as providências tomadas imediatamente após a ocorrência:				
Indicar nome e telefone de quem prestou os primeiros socorros:			Informar nome e telefone do Médico Assistente do participante/segurado:	
Houve intervenção policial? Caso afirmativo, de que tipo?			Houve inquérito policial? Caso afirmativo, em qual delegacia?	

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

¹ - Em caso cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

² - Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são considerados PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.riograndeseguradora.com.br/paginas/ppe/asp>.

Autorizo, na qualidade de Participante/Segurado/Beneficiário/Representante legal, os médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Rio Grande Seguros e Previdência S/A.

Autorizo, ainda, que a Rio Grande Seguros e Previdência S/A se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares.

Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Rio Grande Seguros e Previdência S/A poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível no Site Institucional.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do
Participante/Segurado/Beneficiário



Assinatura do Responsável/Representante Legal
(caso necessário)