

## Instruções de Preenchimento

- Este formulário deverá ser recebido pelo menos 10 dias úteis antes da data do próximo débito em sua conta corrente ou vencimento do seu boleto junto com o documento de identificação. O cancelamento é realizado somente para os planos de risco previdenciário (renda por invalidez e pensão).
- 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 o 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 validade de até 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.
- Forma de envio**
  - Na agência de sua conta corrente.

## Dados do Cliente

<b>Assinale a opção desejada:</b>	<input type="checkbox"/> Cancelar <b>TODOS</b> os certificados/apólices ou propostas atreladas ao meu CPF.
	<input type="checkbox"/> Cancelar apenas os certificados/apólices ou propostas <b>INDICADAS</b> abaixo.
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) que deseja cancelar:	
Nome Completo	CPF (somente números)

## Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado <sup>1</sup>	E-mail
Tel (    )	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>2</sup> <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 consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: <https://www.riograndeseguradora.com.br/paginas/ppe.aspx>.

Solicito o cancelamento do(s) certificado(s)/apólice(s) acima indicado(s) conforme especificado neste formulário.  
A Rio Grande Seguros e Previdência S/A se compromete a tratar os dados informados neste documento 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.  
É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Assinatura do Cliente



Assinatura do Responsável Legal (caso necessário)