

Assinale uma das opções abaixo

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

Dados do Participante/Segurado

Nome Completo		CPF (somente números)	
Data do óbito	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo	Deixou Companheiro (a) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual data de início da união estável? ____/____/____	
Nome do Cônjuge/Companheiro(a)			
O segurado deixou bens particulares (adquiridos antes do casamento ou união estável)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Deixou filhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantidade: _____	Deixou mãe viva? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Deixou pai vivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Declaração

Declaro expressamente perante a Icatu, sob a pena de responder civil e criminalmente pela inveracidade das informações prestadas, representando, inclusive, a(s) pessoa(s) abaixo, identificada(s) como declarante(s). A Seguradora realizará o pagamento de acordo com as informações prestadas, ficando isenta de toda e qualquer responsabilidade em efetuar qualquer outro pagamento decorrente da morte do participante/segurado, no certificado ou apólice/proposta em que ele fazia parte, a quem quer que seja e a que título for.

Dados dos Herdeiros Legais/Declarantes

Nome Completo do Declarante			
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		CPF (somente números)	Data de Nascimento
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	

Nome Completo do Declarante			
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		CPF (somente números)	Data de Nascimento
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	

Nome Completo do Declarante			
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		CPF (somente números)	Data de Nascimento
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	

1- No campo Grau de Parentesco/Afinidade indicar o grau de relacionamento ou parentesco do Herdeiro Legal com o Participante/Segurado.

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

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

Nome Completo do Declarante			
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		CPF (somente números)	Data de Nascimento
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	

Nome Completo do Declarante			
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		CPF (somente números)	Data de Nascimento
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	


Nome Completo do Declarante			
Grau de Parentesco/Afinidade ¹		CPF (somente números)	Data de Nascimento
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	


1- No campo Grau de Parentesco/Afinidade indicar o grau de relacionamento ou parentesco do Herdeiro Legal com o Participante/Segurado.


Estou ciente das penalidades previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

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 Declarante
 (com firma reconhecida)

 _____
 Assinatura do Representante/Responsável Legal
 (com firma reconhecida)

 _____
 Assinatura da Testemunha
 (com firma reconhecida e somente na assinatura a rogo)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado	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: _____

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.icatuseguros.com.br/ppe/>.