

Instruções de Preenchimento

- Em caso de aumento do valor da cobertura o cliente deve estar ciente de que o novo valor estará vigente somente após o cumprimento do prazo de carência estabelecido no plano. Caso o produto preveja o preenchimento de Declaração Pessoal de Saúde o novo valor de cobertura será habilitado somente após análise da DPS.
- Em caso de cancelamento, não será possível a reativação do certificado.
- Ficam inalteradas as demais cláusulas estabelecidas no regulamento e na proposta.
- 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 e 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 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.

Dados do Cliente (* Campos de preenchimento obrigatório)

Nome Completo *		
Nº da Proposta *	Nº do Certificado *	
CPF (somente números) *	Tel ()	Cel ()

Tipo de Cobertura (selecione somente a cobertura equivalente ao certificado a ser alterado)

<input type="checkbox"/> Renda por Invalidez Vitalícia	<input type="checkbox"/> Pensão por Prazo Certo: <input type="checkbox"/> 10
--	--

Tipo de Alteração

<input type="checkbox"/> Aumento do Valor da Cobertura	<input type="checkbox"/> Redução do Valor da Cobertura	<input type="checkbox"/> Cancelamento de Cobertura
Novo Valor da Cobertura ¹ R\$	Novo Valor de Contribuição ¹ R\$	
1- Preencher somente em caso de alteração envolvendo aumento ou redução de valor de cobertura		

Solicito as alterações relativas ao meu certificado e às minhas contribuições, 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/Representante Legal
(caso necessário)

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.aspx>.