

Instruções de Preenchimento

1) 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.

2) 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).

3) 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".

4) 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.

5) Forma de envio:

Este formulário deve ser encaminhado de forma original junto da cópia simples dos documentos exigidos:

Rua Siqueira Campos, 1163, 6º andar – Porto Alegre – RS – Cep 90010-001.

Dados do Cliente (* Campos de preenchimento obrigatório)

Nome Completo *				Nº do Certificado/Apólice *	
CPF (somente números) *	Nº do Documento de Identificação *	Natureza do Documento 1 *	Órgão Expedidor *	Profissão *	
Endereço *			Número *	Complemento *	
Bairro *	Cidade *		UF *	CEP *	
Tel ()	Cel ()	Renda Mensal/Patrimônio Estimado 2 *		Pessoa Politicamente Exposta (PPE) 3 *	
				<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

1- No Caso de cliente estrangeiro o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. No caso de cliente menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento deve ser utilizada como tal.

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

3- 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/asp>.

Dados para Recebimento de Renda



O prazo para análise da documentação é de até cinco dias úteis. A documentação completa deverá ser recebida na Rio Grande Seguros e Previdência S/A até 10 dias úteis antes do encerramento do mês para que a renda seja paga até o 5º dia útil do mês seguinte. Caso isso não ocorra, o primeiro pagamento será realizado no próximo mês. Os demais pagamentos serão realizados até o quinto dia útil de cada mês dentro do período de recebimento de Renda.

SELECIONE O TIPO DE RENDA DESEJADO (VERIFIQUE AS RENDAS CONTRATADAS NO SEU REGULAMENTO)

- Renda mensal vitalícia
- Renda mensal temporária de _____ anos
- Renda mensal vitalícia com prazo mínimo garantido de _____ anos
- Renda mensal vitalícia reversível ao beneficiário indicado. Percentual reversão: _____ %
- Renda mensal vitalícia reversível ao cônjuge com continuidade aos filhos menores. Percentual reversão: _____ %
- Renda mensal por prazo certo de _____ anos (renda exclusiva para alguns planos – verifique se o regulamento do seu plano prevê a compra dessa renda)

Obs 1: O percentual de reversão indicado deve estar entre 0% a 100%.

Obs 2: Para rendas reversíveis preencha abaixo os dados do(s) seu(s) beneficiário(s).

Obs 3: Será obrigatório o envio de cópia dos seguintes documentos: RG, CPF e comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, conta de internet, TV a cabo, correspondência de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas).

Forma de Pagamento

O pagamento será efetuado somente na conta corrente PF em nome do titular do plano ou do responsável legal, não sendo acatadas contas de terceiros, contas conjuntas (aceito somente caso o participante seja o 1º titular da conta), pessoa jurídica ou poupança. Quando a opção for pagamento através de Ordem de Pagamento, esta será nominal ao Participante.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE.

ORDEM DE PAGAMENTO DO BANCO BANRISUL S/A, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 90 DIAS CORRIDOS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

O crédito será efetuado somente na conta corrente em nome do cliente do plano. **Não será acatado o pedido transmitido para contas de terceiros, pessoa jurídica ou poupança.** Caso o titular do plano seja menor ou não possua conta corrente em seu nome, o pagamento será realizado através de ordem de pagamento do Banco Banrisul S/A.

Dados para Crédito em Conta Corrente (Solicito que a Renda Mensal seja creditada na minha conta corrente abaixo indicada)

Nome do Banco	Nº do Banco	Nº da Agência/DV	Nº da Conta Corrente/DV	Titularidade da Conta

Designação de Beneficiários (PREENCHA OS DADOS DO(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) SE VOCÊ ESCOLHEU UM DOS TIPOS DE RENDA ABAIXO)

Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Beneficiário Indicado		
Nome Completo do Beneficiário		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____	Data de Nascimento	CPF (somente números)
Renda Mensal Vitalícia com Prazo Garantido / Renda Mensal por Prazo Certo		
Nome Completo do Beneficiário		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____	Data de Nascimento	CPF (somente números)
Nome Completo do Beneficiário		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____	Data de Nascimento	CPF (somente números)
Nome Completo do Beneficiário		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____	Data de Nascimento	CPF (somente números)
Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Cônjuge com Continuidade aos Filhos Menores		
Nome Completo do Cônjuge ou Companheiro(a)		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro(a)	Data de Nascimento	CPF (somente números)
Nome Completo do Beneficiário Menor		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Dependente econômico	Data de Nascimento	CPF (somente números)
Nome Completo do Beneficiário Menor		
Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Dependente econômico	Data de Nascimento	CPF (somente números)

Declaração

Declaro que as informações anteriormente prestadas neste formulário são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas nas informações prestadas neste formulário o tornarão nulo, de acordo com os termos do art. 766 do código civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas.

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal/Patrimônio Estimado ²	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ³ <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: _____

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