




Instruções de Preenchimento


- Documentação necessária para alteração:**
RG/CPF: cópia do próprio documento que deseja alterar a numeração;
Data de nascimento: cópia do documento de identificação ou da certidão de nascimento;
Nome e/ou estado civil: cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito.
Obs.: Por deliberação da Rio Grande Seguradora, o formulário poderá ser solicitado, a qualquer momento, via original com firma reconhecida e documentação complementar.
- 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 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 *	CPF (somente números) *
-----------------	-------------------------

Dados Cadastrais

 Assinale apenas os dados que deseja alterar.			
NOME			
Nome Completo			
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  Para participantes estrangeiros, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação.			
Número	Natureza	Data de Expedição	Órgão Expedidor
CPF <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	PPE ¹
Número (somente números)	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
1- 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 .			
ENDEREÇO CADASTRAL  Para alteração de endereço, enviar somente o comprovante.			
Endereço Cadastral		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial			
Endereço para Correspondência		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
TELEFONE	CELULAR	E-MAIL	
Tel ()	Cel ()	E-mail	

ESTADO CIVIL  (Mediante envio de comprovante, não há necessidade de envio deste formulário)			
<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		Nome do(a) Cônjuge	
DADOS BANCÁRIOS (Para Débito ou Crédito da Renda)			
Nome do Banco	Nº do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente/DV

Alteração de Pagamento, Idade de Aposentadoria e Tipo de Renda

Assinale a opção desejada:		Alterar os dados abaixo em TODOS os certificados ou propostas atreladas ao meu CPF.		
		Alterar os dados abaixo apenas no(s) certificado(s) ou proposta(s) INDICADA(S) abaixo.		
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou proposta(s) que deseja alterar:				
ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO			IDADE DE APOSENTADORIA	
Valor da Contribuição (R\$)	Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Boleto	Periodicidade <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Esporádica	Data do Vencimento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25	Idade
DADOS DO TITULAR DA CONTA CORRENTE / RESPONSÁVEL FINANCEIRO  Preencher em caso de alteração dos dados bancários e de alteração de pagamento.				
Nome Completo do Titular da Conta Corrente			CPF (somente números)	
Autorizo o Banco Banrisul S/A a debitar em minha conta corrente também indicada, na data e periodicidade por mim indicadas, o valor correspondente ao montante total das contribuições/prêmios identificados neste formulário.			Assinatura do titular da Conta Corrente / Responsável Financeiro 	
TIPO DE RENDA  Verifique os tipos de renda previstos no Regulamento do seu Plano.				
<input type="checkbox"/> Renda mensal temporária _____ anos	<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia com prazo mínimo garantido	<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia reversível ao cônjuge com continuidade aos menores		
<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia	<input type="checkbox"/> Renda mensal vitalícia reversível ao beneficiário	<input type="checkbox"/> Renda mensal por prazo certo por _____ anos		

Solicito as alterações 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 aplicável preencher todos os campos)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ²	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ¹ <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 - Em caso de participante/ beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.