

Instruções de Preenchimento

- Documentação necessária para alteração de nome e/ou estado civil:**
Cópia do documento de identificação, certidão de casamento ou averbação da separação, divórcio ou óbito;
- 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).
- Clientes 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

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	PPE¹
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  (Mediante envio de comprovante de endereço, não há necessidade de envio deste formulário)			
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	E-mail		Estado Civil
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			
<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

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).

Dados Bancários e Alteração de Pagamento

Assinale a opção desejada:	<input type="checkbox"/>	Alterar os dados abaixo em TODOS os certificados ou apólices atreladas ao meu CPF.
	<input type="checkbox"/>	Alterar os dados abaixo apenas no(s) certificado(s) ou apólices(s) INDICADA(S) abaixo.
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou apólice(s) que deseja alterar:		
ALTERAÇÃO DE PAGAMENTO		
Valor da Mensalidade (R\$)	Data do Vencimento <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> Outras: _____	
DADOS BANCÁRIOS		
Nome do Banco Banrisul	Nº do Banco 041	Nº da Agência
Nº da Conta Corrente/DV		
Obs.: Caso seu produto não tenha disponível a data de vencimento escolhida, será considerada a data posterior mais próxima a indicada no campo acima.		
DADOS DO TITULAR DA CONTA CORRENTE / RESPONSÁVEL FINANCEIRO  Preencher em caso de alteração dos dados bancários e/ou 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 

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 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- 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>.

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