

Assinale uma das opções abaixo (não serão acatados formulários com rasura)

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

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) O preenchimento dos campos de canais de comunicações (telefone e e-mail) são obrigatórios, pois estes são os principais meios de comunicação no andamento do processo. Fique atento as chamadas.**

Dados do Participante/Segurado Sinistrado (* Campos de preenchimento obrigatório)

Nome Completo *	CPF (somente números) *
-----------------	-------------------------

Dados do Beneficiário

Assinale a opção desejada:	<input type="checkbox"/> Solicitação de Liberação de Reserva de TODOS os certificados do qual sou beneficiário.
	<input type="checkbox"/> Solicitação de Liberação de Reserva dos certificados INDICADOS abaixo.
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s) ou proposta(s) que deseja resgatar *:	

Nome Completo *	CPF (somente números) *	Sexo * <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Possui E-mail ? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.	Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. País: _____	
Grau de Afinidade * ¹	Nacionalidade *	Estado Civil *
Cargo na empresa	Data de Admissão na empresa	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) * ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Renda Mensal / Patrimônio Estimado * ² <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não Possuo		

1- No campo Grau de Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.

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>.

Obs.: No caso de beneficiário estrangeiro, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. Para beneficiário menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento pode ser usada como tal.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Rio Grande Seguros e Previdência S/A, que resido no endereço abaixo:

Endereço Residencial				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ()	Cel ()

Dados Bancários do Participante/Segurado/Beneficiário (em caso de crédito em conta corrente)

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência / DV	Nome de Agência	Nº da Conta Corrente / DV	CPF do <input type="checkbox"/> Participante/Segurado <input type="checkbox"/> Beneficiário
-------------	---------------	--------------------	-----------------	---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

- Em caso de devolução de crédito em decorrência de **fornecimento incorreto** ou **ausência do preenchimento dos dados bancários**, a seguradora se reserva ao direito de efetuar o pagamento por meio de **ordem de pagamento no Banco Brarisl S/A**.
- O crédito somente será realizado na conta corrente do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas conta corrente de terceiros, pessoa jurídica ou poupança**, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos, onde é admitida indicação de conta corrente de titularidade do representante legal.
- Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

Dados para Crédito em Conta Corrente no Exterior

 Exclusivo para Clientes Residentes no Exterior.

Nome do Banco	Número da Conta Corrente	Routing Number	Código Swift
Nome do Titular da Conta			Outros dados
País			Moeda para Crédito

Autorização de Pagamento

Na condição de _____ (Participante/Segurado/ Beneficiário) do(s) Certificado(s) indicado(s) neste formulário, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada, autorizo a Rio Grande Seguros e Previdência S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 01.582.075/0001-90, empresa emitente do(s) mencionado(s) Certificado(s), a efetuar o pagamento da minha cota parte no capital segurado, devidamente atualizado, na forma abaixo escolhida:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE (NÃO DEVE SER INDICADA CONTA POUPANÇA)

Nesse sentido, após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima por mim escolhida, outorgo à Rio Grande Seguros e Previdência S/A, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e em que tempo for isentando-a de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal / Patrimônio Estimado ²	Possui E-mail ? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____
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: _____

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

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 Participante/Segurado/Beneficiário

Assinatura do Responsável/Representante Legal
(quando necessário)

Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

CPF: _____