

Assinale apenas uma das opções:

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

Dados do Cliente

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

Dados de Identificação da Operação

Nº do Certificado / Proposta / Apólice	Operação <input type="checkbox"/> Aporte Valor: R\$ _____
--	---

Declaro que a origem dos recursos para realização desta operação é proveniente de:

<input type="checkbox"/> Salário/Pró-labore	<input type="checkbox"/> Comissões	<input type="checkbox"/> Herança	<input type="checkbox"/> Aposentadoria	<input type="checkbox"/> Doações	<input type="checkbox"/> Recuso-me a informar	<input type="checkbox"/> Outros (especificar abaixo)
Especificar Outros:						

Origem Relativa a Imóvel

<input type="checkbox"/> Imóvel Residencial	<input type="checkbox"/> Imóvel Comercial	<input type="checkbox"/> Imóvel Rural	<input type="checkbox"/> Terreno
Obtenção de Recursos:			
<input type="checkbox"/> Venda	<input type="checkbox"/> Locação	<input type="checkbox"/> Hipoteca	<input type="checkbox"/> Outros

Aplicações Financeiras

<input type="checkbox"/> Posição acionária	<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Cotas de Fundos	<input type="checkbox"/> Saldo em Conta	<input type="checkbox"/> Título Públicos	<input type="checkbox"/> Poupança	<input type="checkbox"/> CDB	<input type="checkbox"/> Outros (especificar abaixo)
Especificar Outros:							

Observações

Para fins de cumprimento dos controles internos específicos para a prevenção e combate dos crimes de "lavagem de dinheiro" e coibição do financiamento do terrorismo, no caso de enquadramento na condição de pessoa exposta politicamente, deverá ser identificada a origem dos recursos dos aportes com valores iguais ou superiores a R\$10.000,00 (dez mil reais).

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