

Orientações de preenchimento:



Preenchimento:

- Preencha digitalmente o PDF, imprima e assine (todas as vias para envio por correio). Ou preencha manualmente de forma legível e sem rasuras.
- Caso haja rasuras, ausência de preenchimento dos campos, ausência de assinatura e data, será necessário realizar o reenvio.

IMPORTANTE:

- Antes de realizar o envio deste formulário, certifique se os campos foram preenchidos corretamente. Em caso de dúvida leia atentamente as instruções na capa.
- **NÃO digitalizar a folha de Orientações de Preenchimento.**



Condicionantes:

- A efetivação da portabilidade está relacionada nas condicionantes:
- Regras estabelecidas nos regulamentos dos planos mencionados no presente Termo de Portabilidade;
 - Legislação em vigor na data da solicitação;
 - Envio da relação analítica das contribuições pela EAPC/Sociedade Cedente, caso o regime de tributação seja regressivo;
 - Os planos da cedente e cessionária deverão conter as mesmas características: PGBL para PGBL, VGBL para VGBL, Progressiva para Progressiva e Regressiva para Regressiva.
 - Os planos precisam ter a mesma titularidade;
 - Para portar uma reserva oriunda de Previdência Fechada, acesse o Guia de Portabilidade através do endereço: <https://www.riograndeseguradora.com.br/formularios-previdencia>



Formas de envio:

E-mail

formularios@riograndeseguradora.com.br

Obs.: No caso de foto, posicione a câmera acima do documento para o enquadramento correto e utilize uma superfície branca. Recomendamos a utilização de aplicativos de digitalização e compartilhamento de imagens.

Correios

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

Obs.: Para Portabilidade Externa, em caso de preenchimento de documento físico, o envio deverá ser feito em três vias.



Prazo de Pagamento:

- A portabilidade dos recursos deverá ser enviada pela EAPC/Seguradora cedente em relação ao valor portado, não sendo cabível qualquer reclamação posterior. No caso de portabilidade total, fica cancelado o seu vínculo com o plano citado (Nº do Processo SUSEP e Tipo de plano).
- O prazo são de até 10 dias úteis.
- Fundos qualificados: possuem prazo diferenciado, você pode consultar no regulamento do seu plano.

Informações para representante legal



//// Cliente menor de idade

Menor de 16 anos: assinado pelo representante legal (mãe/pai/tutor)

Maior de 16 e menor de 18 anos: o 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 pelo representante legal (curador).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e curatela do curador nomeado.

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 uma testemunha devidamente identificada, que assinará a pedido do cliente. Neste caso, não é necessário o envio de documentos.

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 por autenticidade.

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) *	Tel ()	Cel ()	Sexo * <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Exerce alguma profissão? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____			
E-mail		Data de Nascimento *	
Endereço *		Número *	Complemento *
Bairro *	Cidade *	UF *	CEP *

Dados da cedente (origem dos valores)



Os campos devem ser preenchidos corretamente. Consulte as orientações de preenchimento em caso de dúvida.

Nome Completo da Cedente *		CNPJ do Fundo (somente números) *	
Nº do Processo SUSEP *	Regime de Tributação * <input type="checkbox"/> Tabela progressiva <input type="checkbox"/> Tabela regressiva	Tipo de Plano * (Ficam vedadas portabilidades de PGBL para VGBL/VRGP e vice-versa) <input type="checkbox"/> PGBL <input type="checkbox"/> PRGP <input type="checkbox"/> PAGP <input type="checkbox"/> FGB <input type="checkbox"/> VGBL <input type="checkbox"/> VRGP <input type="checkbox"/> VAGP <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Nº de Identificação do Plano (Certificado/Proposta) *		Nome do Plano *	
Tipo de Portabilidade (Se Portabilidade Parcial, é obrigatório o preenchimento com o valor) * <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial: R\$ _____		Valor da reserva isenta de tributação (constituída entre jan/89 e dez/95) c* R\$ _____	

C- Este campo deve ser preenchido com as contribuições efetuadas, exclusivamente pelo beneficiário, no período de 1º de janeiro de 1989 a 31 de dezembro de 1995.

Dados da Rio Grande Seguros (destino dos valores)



Os campos devem ser preenchidos corretamente. As informações abaixo podem ser consultadas na sua área logada ou no certificado/extrato/proposta.

Nome da Cessionária Rio Grande Seguros e Previdência S/A	CNPJ da Empresa 01.582.075/0001-90	Nome do Banco 041-Banrisul	Nº da Agência 0100	Nº da Conta Corrente 06.388416.06	CNPJ do Fundo *
Nº do Processo SUSEP *		Regime de Tributação * <input type="checkbox"/> Tabela Progressiva <input type="checkbox"/> Tabela Regressiva			
Nº de Identificação do Plano (Certificado/Proposta)		Nome do plano			

Dados do responsável/representante legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
E-mail		
Tel ()	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Declaro estar ciente de que, na portabilidade de um plano em situação de **retratabilidade** quanto ao regime tributário para um plano em situação de **irretratabilidade**, será aplicado o regime tributário do plano de destino, **sem possibilidade de alteração futura**.

Na portabilidade de um plano em situação de **irretratabilidade** quanto ao regime tributário para um plano em situação de **retratabilidade**, **estou de acordo com a alteração do regime tributário e/ou da situação do regime tributário do plano de destino**, igualando-o ao plano de origem, **sem possibilidade de alteração futura**.

Certifico que as informações estão corretas e me responsabilizo por quaisquer problemas que venham a ocorrer em função de incorreção dos dados.

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.

Declaro estar de acordo com o cancelamento de Resgate Programado, caso haja, para prosseguimento da Portabilidade.

Estou ciente e autorizo que, se no momento da apuração do valor da cota do fundo atrelado ao plano para efeito de portabilidade, em virtude de oscilação negativa, o valor da reserva for igual ou menor que o montante solicitado, a Seguradora efetive a operação com o saldo total disponível verificado na data da liquidação, podendo resultar em portabilidade total e consequente cancelamento do certificado.

Local: * _____

Data: * ____ / ____ / ____



* _____
Assinatura do Cliente



Assinatura do Representante/Responsável Legal
(caso necessário)



Assinatura da Rio Grande Seguros e Previdência



Assinatura do EAPC / Seguradora Cedente)