

Orientações de Preenchimento

- 1) Esse formulário deve ser preenchido para designar e/ou alterar os beneficiários do plano contratado. É obrigatório o preenchimento dos campos em "Dados do Cliente" e "Assinale a opção desejada".
- 2) Em caso de preenchimento incorreto ou incompleto, o formulário não será acatado e será(ão) mantido(s) o(s) beneficiário(s) indicado(s) anteriormente. Caso ainda não tenha(m) sido indicado(s), o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) definido(s) pela legislação vigente na data do evento.
- 3) **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.
- 4) **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).
- 5) **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 da 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".
- 6) **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.
- 7) **Forma de envio:** cadastroprev@riograndeseguradora.com.br

Dados do Cliente

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

Dados do(s) Beneficiário(s)



Assinale a opção de alterar TODOS os certificados atrelados ao seu CPF ou alterar POR CERTIFICADO contratado.

- 1) O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%.
- 2) No Campo de Grau de Parentesco/Afinidade indicar grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc.) ou parentesco com o beneficiário indicado. Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados dos beneficiários ou um novo formulário de "Alteração/Indicação de Beneficiários".
- 3) É obrigatório o preenchimento do campo "indique o(s) número(s) do(s) certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) que deseja alterar", quando marcada a opção de alterar os dados apenas nos certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) INDICADAS abaixo.

Assinale a opção desejada:

Alterar os dados abaixo em **TODOS** os certificados/apólices ou propostas atreladas ao meu CPF.

Alterar os dados apenas nos certificados/apólices ou propostas **INDICADAS** abaixo.

Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) que deseja alterar:

Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			

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).

(continuação)

Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	Participação em %
Forma de Recebimento do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios a Conceder (Esta opção é válida somente para certificados/propostas de Previdência): <input type="checkbox"/> Pagamento Único <input type="checkbox"/> Renda Mensal por Prazo Certo de _____ anos.			

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

2- 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>.

A Rio Grande Seguros e Previdência S/A se compromete a tratar os dados informados neste termo 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)