



Orientações de Preenchimento:

NÃO é necessário enviar esta folha de Orientações

- O formulário poderá ser preenchido digitalmente ou manualmente de forma legível e sem rasuras.
- Em caso de pendência com documentos, erros no preenchimento ou itens em branco, entraremos em contato por mensagem instantânea (exemplo: WhatsApp), e-mail, SMS ou telefone. Após recebermos a documentação completa, o prazo de análise será reiniciado e o pagamento seguirá de acordo com o descrito no regulamento do plano. A assinatura do formulário é válida por 60 dias corridos, e após esse período, será necessário novo envio.

• Assinatura no formulário:

Menor de 16 anos: formulário assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Maior de 16 anos e menor de 18 anos: O cliente (titular) e o representante legal devem assinar o formulário no local indicado.

Consulte o regulamento do seu plano para verificar o prazo de carência entre resgates.

Documentação:

- Cópias do documento de identificação e CPF do titular e do Representante Legal;
Caso o menor não tenha documento de identificação será necessário o envio da Certidão de Nascimento.
Em caso de tutela ou curatela, enviar documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- 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 data de emissão de até 180 dias);

Importante: A Rio Grande Seguradora poderá solicitar, a qualquer momento, a via original do formulário com firma reconhecida e documentação complementar.

Resgate até R\$ 50 mil reais, quando realizado na agência:

- Não há necessidade de envio de documentação, desde que tenha o aceite do gerente da agência.

Formas de envio:

- E-mail:
cadastroprev@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

//// Forma de pagamento

Crédito em conta corrente: Conta corrente pessoa física do titular do plano. Se o menor de idade não possuir conta corrente em seu nome, o pagamento poderá ser realizado através da conta corrente do responsável/representante legal, devidamente identificado no formulário. Não sendo acatadas contas de terceiros, pessoa jurídica e poupança. Contas conjuntas são aceitas caso o cliente seja o primeiro titular da conta.

//// Prazo de pagamento

O prazo para pagamento terá início no dia útil seguinte ao recebimento do formulário preenchido corretamente e documentação obrigatória, e o prazo de crédito dependerá do prazo da cotização do fundo.

Planos aprovados até Jan/2018: o crédito ocorrerá em até 5 (cinco) dias úteis.

Planos aprovados após Jan/2018: o crédito ocorrerá em até 10 (dez) dias úteis.

Planos aprovados a partir de 15 de abril de 2024: o crédito ocorrerá em até 26 dias (vinte e seis) dias úteis.

O banco pode levar até dois dias úteis para disponibilizar o valor, após o processamento do resgate.

//// Imposto de Renda

O valor solicitado deve ser bruto, considerando o IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte), que será calculado na data do crédito, de acordo com o regime tributário escolhido. No caso do VGBL, o IRRF se aplica apenas sobre os rendimentos do fundo selecionado.

Portadores de doenças graves, conforme o disposto na lei no 7.713/88, têm direito à isenção de Imposto sobre a Renda da Pessoa Física (IRRF), exceto para planos VGBL. A isenção cabível no recebimento de renda e no resgate. Para comprovar se o participante possui moléstia grave, será necessário o envio de:

- Carta de Concessão da Aposentadoria.
- Laudo pericial elaborado por médico que detenha conhecimentos técnicos na área de especialização a que se refere a moléstia grave, emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do DF e dos Municípios (caso o laudo seja enviado em fotocópia, será necessário autenticar o documento). O conteúdo deve abranger o órgão emissor, a qualificação do portador de moléstia grave, o diagnóstico com descrição, CID 10, fundamentação e data a partir da qual o paciente deve ser considerado portador e qualificação (nome completo, assinatura e dados do profissional responsável pela emissão).

//// Cliente impossibilitado de assinar

Com coleta de impressão digital (a rogo): inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um terceiro (rogado) 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".

//// Procuradores

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procura (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 procura (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Documentação obrigatória: 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.

//// Resgate para cliente não residente no Brasil (em caráter definitivo e/ou temporário)

 Considera-se como cliente residente no exterior aquele que ultrapassou 12 (doze) meses consecutivos de ausência do Brasil. Para identificar outras hipóteses de enquadramento basta consultar a Instrução Normativa SRF nº 208/2022.

Documentação necessária: cópias da Declaração de Saída Definitiva do País, emitida pela Receita Federal; do comprovante do endereço atual; documento de identificação; CPF e o formulário de Resgate.

Obs. 1: Para todos os clientes residentes no exterior, conforme as determinações da Instrução Normativa SRF nº 208/2002, a comunicação de saída definitiva deverá ser encaminhada a fim de evitar pendências tributárias e cadastrais junto à Receita Federal Brasileira. Os resgates de clientes residentes no exterior podem ser duplamente tributados caso não haja acordo entre os países.

Obs. 2: Para clientes residentes nos EUA, deverá ser enviado o formulário Declaração de Cidadão Americano Residente nos EUA.

IMPORTANTE: Nos países que possuem acordo para evitar a dupla tributação, deverá ser requerido a compensação do imposto pago no Brasil, no seu país de origem.

Obs. 3: Os valores pagos, empregados ou remetidos a clientes ou beneficiários domiciliados no exterior, a título de benefício ou com valores correspondentes ao resgate de contribuições, nos planos de PGBL, serão tributados exclusivamente na fonte à alíquota de 25 %, por se tratar de rendimento de trabalho. Para planos do tipo VGBL (que entram na categoria de seguro de vida com cláusula de cobertura por sobrevivência), o imposto será tributado exclusivamente na fonte à alíquota de 15 %, exceto no caso de ser um país com tributação favorecida, onde a alíquota passa para 25 %.

Dados do cliente menor (O menor é emancipado? Sim Não) * Campos de preenchimento obrigatório)

Nome Completo *		CPF (somente números) *
Tel 1 ()	Tel 2 ()	Cliente no exterior? * <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. País de Residência: _____
E-mail do Titular ou do Representante Legal *		

Obs.: em caso de emancipação, é obrigatório o envio da documentação que comprove a condição.

Assinale o resgate desejado e ao lado preencha com as informações do plano

<input type="checkbox"/> Resgatar saldo total Ao solicitar o resgate total, o plano será cancelado. Para recontratação do produto após o cancelamento, será necessário o preenchimento de uma nova proposta de adesão.	<input type="checkbox"/> Para todos os Certificados atrelados ao meu CPF.
	<input type="checkbox"/> Para os Certificados ou Propostas indicadas:
Certificado(s): _____ _____ _____ _____	

<input type="checkbox"/> Resgatar parte do valor O valor deve ser bruto, considerando o IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte), que será calculado na data do crédito, de acordo com o regime de tributação. Obs.: Para o certificado permanecer ativo, é preciso manter um valor mínimo de R\$ 50,00. É importante garantir que o saldo não fique abaixo desse valor para evitar o cancelamento do Certificado.	Certificado: _____ R\$: _____
	Certificado: _____ R\$: _____

 Ao solicitar resgates, será apurado o valor da cota no fundo atrelado ao plano e, se em virtude de possíveis oscilações negativas o valor da reserva for igual ou menor que o montante solicitado, a Seguradora efetivará a operação com o saldo total disponível verificado na data da liquidação, podendo resultar em resgate ou portabilidade total e consequente cancelamento do Certificado.

<input type="checkbox"/> Resgatar de forma programada Os resgates ocorrerão periodicamente, respeitando o prazo de carência do(s) Certificado(s) previsto em regulamento. Deve ser informado o valor de cada resgate bruto, considerando o IRRF (Imposto de Renda Retido na Fonte), que será calculado na data do crédito, de acordo com o regime de tributação.	IMPORTANTE: A data deverá ser um dia útil, entre os dias 5 e 25, e caracteriza o início do processamento do resgate, não o crédito em conta. Caso a data informada não seja dia útil, será considerado o próximo dia útil entre 5 e 25 do mês.	
	Nº do Certificado: _____ Valor das parcelas: R\$ _____	
	Data da solicitação: <input type="checkbox"/> Imediata ou <input type="checkbox"/> A partir da data: ____ / ____ / ____	
	Quantidade de resgates futuros: <input type="checkbox"/> ____ resgates ou <input type="checkbox"/> Até a extinção da reserva.	
	Nº do Certificado: _____ Valor das parcelas: R\$ _____	
	Data da solicitação: <input type="checkbox"/> Imediata ou <input type="checkbox"/> A partir da data: ____ / ____ / ____	
	Quantidade de resgates futuros: <input type="checkbox"/> ____ resgates ou <input type="checkbox"/> Até a extinção da reserva.	

Termo de opção tributária (Não obrigatório. Preencha somente se desejar alterar o regime tributário)

Para todos os certificados indicados neste formulário formalizo a minha opção, em caráter irretratável , pelo regime de tributação ao lado:	<input type="checkbox"/> Progressivo <input type="checkbox"/> Regressivo
Formalizo a minha opção pelo regime PROGRESSIVO, em caráter irretratável , para os certificados indicados ao lado:	_____
Formalizo a minha opção pelo regime REGRESSIVO, em caráter irretratável , para os certificados indicados ao lado:	_____

Por meio deste Termo, formalizo minha opção pelo Regime de Tributação mencionado anteriormente, nos termos do art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004 ou do art. 2º da Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024. **Declaro estar ciente de que esta escolha é irretratável e de que a alteração poderá ser indeferida caso não esteja em conformidade com as disposições da referida Lei.**

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.

Atendimento Internacional: +55 11 4002 0114 para ligações do exterior, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h no horário de Brasília, exceto em feriados nacionais.

SAC Seguros e Previdência: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvintor 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).

Formas de pagamento *

 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 Banrisul S/A.

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE |
| <input type="checkbox"/> ORDEM DE PAGAMENTO DO BANCO BANRISUL S/A, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 90 DIAS CORRIDOS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A |

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 para crédito em conta corrente

 Todos os campos são obrigatórios, incluindo o dígito da Agência e Conta Corrente.

Nome do Titular da Conta		CPF do Titular da Conta Corrente (somente números)	
Número do Banco do Titular	Nome do Banco	Número da Agência do Titular/DV	Número da Conta Corrente/DV

A conta informada é conjunta? Sim Não

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	

Dados do responsável/representante legal (Se houver dois responsáveis/ representantes os campos 1 e 2 devem ser preenchidos)

Responsável / representante legal 1

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

Responsável / representante legal 2

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

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.

Atendimento Internacional: +55 11 4002 0114 para ligações do exterior, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h no horário de Brasília, exceto em feriados nacionais.

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 do responsável financeiro
* É obrigatório o preenchimento caso o responsável financeiro não seja o responsável legal.

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

Certifico que as informações estão corretas e me responsabilizo por quaisquer problemas que venham a ocorrer em função de incorreção dos dados fornecidos. Estou ciente que o valor final de resgate do meu plano de Previdência pode ser diferente do montante expressamente solicitado por mim que o valor das cotas do Fundo de Investimento Especialmente Constituído (FIE) é atualizado diariamente de acordo com a valorização ou desvalorização da carteira de investimento. A assinatura do cliente deve ser igual a que consta no documento enviado.

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.

Conforme medida provisória nº 2.200-2/2001 o formulário poderá ser assinado digitalmente em conformidade com o padrão ICP-Brasil ou pelo Gov.br. Para consultar a relação das autoridades certificadoras e de registro, acesse o seguinte endereço: www.iti.gov.br/icp-brasil/estrutura.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: _____ / _____ / _____



Assinatura do Cliente



Assinatura do Responsável/Representante Financeiro



Assinatura do Responsável/Representante Legal



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)



Testemunha
(necessário em caso de assinatura a rogo)

Declaração de Residência

Esta declaração deverá ser assinada caso o cliente não possua comprovante de residência de sua titularidade.

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP

Eu, acima identificado, 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 acima.

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.

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.

Conforme medida provisória nº 2.200-2/2001 o formulário poderá ser assinado digitalmente em conformidade com o padrão ICP-Brasil ou pelo Gov.br. Para consultar a relação das autoridades certificadoras e de registro, acesse o seguinte endereço: www.iti.gov.br/icp-brasil/estrutura.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: _____ / _____ / _____



Assinatura do Cliente



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)



Assinatura a Rogo

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.

Atendimento Internacional: +55 11 4002 0114 para ligações do exterior, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h no horário de Brasília, exceto em feriados nacionais.

SAC Seguros e Previdência: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouvíndia 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).