

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

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

**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**

<b>Assinale a opção desejada:</b>	<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	
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.

**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		
Tel (     )	Cel (     )	UF	CEP

**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 Banrisul 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)
Possui E-mail ? * <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	
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: _____

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.

Conforme medida provisória no 2.200-2/2001, o formulário poderá ser assinado digitalmente. O Gov.br é uma plataforma de serviços digitais gratuita que permite assinaturas eletrônicas, sendo uma alternativa válida conforme normas estabelecidas. Acesse o link Assinatura Eletrônica — Governo Digital ([www.gov.br](http://www.gov.br)) e fique por dentro. Assim como o Gov.br, o formulário poderá ser assinado digitalmente também em conformidade com o padrão ICP-Brasil.

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: \_\_\_\_\_