



**Proposta de Seguro de Vida em Grupo para as  
Empresas do Comércio do Estado do Espírito Santo**  
Seguro estipulado pelo Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias  
e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo - SINTRAFARMA



Validade da Proposta: 30 dias

<b>Dados do Estipulante</b>		Carimbo do C.N.P.J. da Empresa Contratante
Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo - SINTRAFARMA		
<b>Dados do Sub-Estipulante</b>		
<b>Razão Social:</b>		
<b>Endereço:</b>		
<b>Bairro:</b>		
<b>Cidade:</b>		<b>Estado:</b>
<b>Cep.:</b>		
<b>CNPJ/CEI:</b>	<b>TEL:</b>	
<b>E-mail:</b>		

Garantias	Capital Segurado Individual
<b>Morte</b>	R\$ 7.400,00
Morte - <b>Auxílio Funeral</b> - Titular	R\$ 1.500,00
<b>Forma de Pagamento:</b> Reembolso até o limite do Capital Segurado.	
Morte - <b>Cesta Básica</b> - Auxílio Alimentação - Titular(*)	R\$ 516,00
<b>IPA</b> - Invalidez Total ou Parcial por Acidente	R\$ 7.400,00
Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - <b>PAD</b> (Pagamento antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total em decorrência de Doença). Esta indenização caracteriza a antecipação de 100% da cobertura de Morte.	R\$ 7.400,00
<b>DIH UTI</b> - Diária de Internação Hospitalar em UTI, decorrente de acidente pessoal coberto.(**)	R\$ 3.225,00
<b>DIT</b> - Diária de Incapacidade Temporária por Acidente(***)	R\$ 600,00
<b>DIT - Cesta Básica</b> - Afastamento por Acidente de Trabalho(****)	R\$ 575,00
Cláusula Especial de Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal(*****)	R\$ 3.000,00
<b>Perda de Renda Por Desemprego Involuntário</b> (*****)	R\$ 117,38

(\*) Cesta básica - 06 cestas básicas no valor de R\$ 86,00 cada uma. Pagamento de uma única vez, em forma de indenização.

(\*\*) DIH UTI - Estão cobertas até 5 diárias no valor de R\$ 645,00 cada uma, indenizáveis a partir do 2º dia de internação.

(\*\*\*) DIT - Estão cobertas até 40 diárias no valor de R\$ 15,00 cada uma, indenizáveis a partir do 16º dia de afastamento.

(\*\*\*\*) DIT - Cesta Básica - Afastamento por Acidente de Trabalho - Estão cobertas até 03 cestas básicas no valor de R\$ 191,67 cada uma, indenizáveis a partir do 16º dia de afastamento e a cada 30 dias de afastamento.

(\*\*\*\*\* Cláusula Especial de Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal - Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização por Morte ou Invalidez Permanente por Acidente. Reembolso até o limite do capital segurado desta garantia.

(\*\*\*\*\* Perda de Renda - Garante o pagamento de até 02 (duas) mensalidades da Assistência Médica, em caso de desemprego involuntário do Segurado, por vontade exclusiva de seu empregador, até o limite de capital segurado contratado para esta garantia. Esta cobertura destina-se apenas a Profissionais Registrados, em regime de CLT. Somente terão direito à indenização os funcionários que comprovem ter tido, até a data de demissão, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) com a mesma empresa num período mínimo de 12 (doze) meses, sem interrupção. Na ocorrência de novo sinistro por desemprego involuntário do Segurado, caso ele tenha se mantido na apólice, será exigido nova comprovação do prazo mínimo de registro acima citado para que a indenização correspondente seja devida.

Forma de Pagamento: Esta garantia será paga ao Segurado ou a quem este designar, através de prestações periódicas.

O início do pagamento ocorrerá assim que comprovada a demissão do Segurado, a partir do mês subsequente a esta, respeitando o período de franquia de 30 (trinta) dias, durante a qual o Segurado não terá direito à indenização e observado o período de carência de 60 (sessenta) dias.

Continuidade da Cobertura: O benefício concedido por esta garantia somente terá validade enquanto durar o desemprego involuntário do Segurado, podendo a Seguradora exigir, a qualquer tempo, documentos que comprovem a manutenção deste. Se o Segurado dificultar a verificação, o pagamento da garantia será suspenso, e se o desemprego involuntário tiver terminado, o pagamento das parcelas correspondentes a esta garantia será interrompido.

Limites de Mensalidades: Até 02 (duas) mensalidades no valor unitário de R\$ 32,33 (trinta e dois reais e trinta e três centavos) para trabalhadores com até 43 anos completos.

Até 02 (duas) mensalidades no valor unitário de R\$ 58,69 (Cinquenta e oito reais e sessenta e nove centavos) para trabalhadores com idade acima de 43 anos completos.

**Visto do Sub-Estipulante**

**Visto do Co-Corretor**



**Proposta de Seguro de Vida em Grupo para as  
Empresas do Comércio do Estado do Espírito Santo**  
Seguro estipulado pelo Sindicato dos Trabalhadores em Drogarias, Farmácias  
e Distribuidoras de Produtos Farmacêuticos do Estado do Espírito Santo - SINTRAFARMA



**Início de Vigência do Sub-Estipulante:** \_\_\_\_\_ **Pagamento da Fatura:** \_\_\_\_\_

**Número de Vidas:** \_\_\_\_\_

**Fim de Vigência do seguro:** terá fim de vigência as 24 horas do dia 31/10/2010.

**Prêmio do Seguro por vida:** O custo mensal unitário por segurado é de R\$ 4,40 (quatro reais e quarenta centavos)

**Valor da fatura na implantação**

**Atenção:**

- A) Para empresas com mais de 10 funcionários, o Seguro terá faturamento mensal.
- B) Para empresas com até 10 funcionários, o seguro terá faturamento anual, com pagamento à vista.
- C) O prêmio mínimo será de R\$ 44,00 (Quarenta e quatro reais) por fatura.
- D) Limite Máximo de Idade: 70 anos.
- E) A quantidade de vidas deverá ser informada mensalmente à Seguradora até o **dia 30**.

**Dados do Co-Corretor:** \_\_\_\_\_ **SUSEP:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Central de Atendimento:** \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES:**

Os valores dessa proposta estão expressos em reais (R\$).

**Afastados:** Os funcionários que estiverem afastados do trabalho serão incluídos no seguro a partir das 24 hs do primeiro dia do mês subsequente ao de seu retorno ao trabalho, desde que devidamente informados pelo Sub-Estipulante e desde que constem no SEFIP/FGTS. Os funcionários que durante a vigência deste seguro vierem a se afastar estarão cobertos, desde que devidamente informados pelo Estipulante ou Sub-Estipulante a Seguradora.

A instituição acima, na qualidade de Sub-Estipulante, propõe à Alfa Previdência e Vida S.A o Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais, comprometendo-se a pagar pela forma e no prazo estipulado em lei e regulamento o prêmio devido, assumindo inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão de suas declarações.

A Alfa Previdência e Vida S.A disporá de 15 (quinze) dias para analisar esta proposta, a contar do protocolo de entrega deste documento em qualquer um de seus escritórios, ficando desde já autorizada a emitir a respectiva apólice de acordo com o número de vidas informadas neste documento.

O não pagamento do prêmio implicará no cancelamento do seguro.

O Sub-Estipulante declara ter recebido as Condições Particulares deste seguro e estar de acordo com seu conteúdo, tendo conhecimento de que as Condições Gerais do mesmo encontram-se em poder do Estipulante, ficando as mesmas à sua disposição e dos Segurados que vierem a aderir ao presente seguro.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Assinatura do Sub-Estipulante (carimbo)	Assinatura do Co-Corretor

**Local e data**

Alfa Previdência e Vida S.A - CNPJ: 02.713.530/0001-02 - Nº processos SUSEP 15414.002937/2006-29