

Esta proposta não contempla cobertura para empregados que estejam Afastados por Doença ou Acidente antes da data de início de vigência do seguro. Tais segurados poderão aderir ao seguro somente após retorno às suas atividades normais junto ao Estipulante.

FUNCIONÁRIOS APOSENTADOS

Esta proposta não contempla cobertura para empregados Aposentados por Invalidez **que não tenham mais vínculo com o Estipulante**. Somente poderão fazer parte do Seguro empregados Aposentados por Tempo de Serviço e que continuem vinculados ao Estipulante.

PRÊMIO DO SEGURO (*)

Opção	Periodicidade	Taxa Média (%)	Custo Individual (R\$)	Prêmio Líquido Total (R\$)	IOF(0,38%) (R\$)	Prêmio Bruto Total (R\$)
	Mensal	0,606 ‰	9,09	16.301,82	62,18	16.364,00
	Bimestral	1,212 ‰	18,18	32.603,63	124,37	32.728,00
	Trimestral	1,818 ‰	27,27	48.905,45	186,55	49.092,00
	Quadrimestral	2,424 ‰	36,36	65.207,26	248,73	65.456,00
	Semestral	3,636 ‰	54,55	97.810,89	373,10	98.183,99
	Anual	7,273 ‰	109,09	195.621,79	746,20	196.367,99

(*) O prêmio mínimo será de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por fatura/boleto.

(**) Para implantação da apólice, prevalecerá o custo individual indicado nessa proposta de contratação, sem a necessidade de confecção de novo documento somente por diferença na quantidade de vidas, desde que essa diferença não seja relacionada à segurados afastados.

DADOS DE COBRANÇA

Cód. Subgrupo	Data Corte para Movimentação	Forma de Pagamento	Dia de vencimento a partir da 2ª fatura
Nome do Correntista		Assinatura do Correntista	
Cód. Banco	Nome do Banco	Cód. Agência/DV	Nº Conta Corrente/DV

Para evitar recusa do débito bancário e garantir a efetivação do seguro, utilize os canais de atendimento do próprio banco, inclusive Internet e Mobile para efetuar a autorização prévia do débito. Certifique-se também que o CNP/J/CPF informado na proposta pertença obrigatoriamente ao titular da conta corrente indicada para débito.

AUTORIZAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

Pelo presente, na qualidade de Estipulante e representante legal do grupo segurável, desde já autorizo a Seguradora a emitir a apólice coletiva de seguro de vida de acordo com as informações aqui descritas, bem como a efetuar o débito das parcelas do seguro na forma de pagamento e periodicidade definidos na presente proposta. Esta Proposta de Contratação, se aceita pela Seguradora após o prazo de 15(quinze) dias contados da data de seu protocolo na Seguradora, fará parte integrante da Apólice. As condições da apólice poderão ser atualizadas a qualquer momento, mediante solicitação expressa do Estipulante/Subestipulante, exclusivamente em caso de alteração das condições de Capitais e/ou Coberturas estabelecidos na Convenção Coletiva de Trabalho da categoria profissional para o seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais, sem prejuízo de outros critérios que venham a ser determinados nesta Proposta de Contratação. A Seguradora, desta forma, fica autorizada a utilizar todas as informações prestadas pelo Estipulante em qualquer época, no amparo e defesa de seus direitos/interesses, sem que tal autorização implique em ofensa e/ou quebra de sigilo de qualquer natureza.

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE