



**SINCOPETRO**

SINDICATO DO COMÉRCIO VAREJISTA DE DERIVADOS  
DE PETRÓLEO DO ESTADO DE SÃO PAULO

## SEGURO DE VIDA EM GRUPO

**Razão Social:** \_\_\_\_\_

**CNPJ:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **nº:** \_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_ **Cep:** \_\_\_\_\_

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

**Nº de Funcionários:** \_\_\_\_\_ **Início da Vigência:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Conforme G.F.I.P. / S.E.F.I.P.) (valido após protocolo na Cia)

**E-Mail:** \_\_\_\_\_ **Telefone:** (    ) \_\_\_\_\_

### O sub-estipulante abaixo assinado se compromete a:

1. Aceitar as condições especiais do seguro de vida em grupo, conforme apólice mestra em poder da estipulante.
2. Possibilitar os proponentes do grupo em qualquer época o conhecimento das condições gerais do seguro.
3. Prestar declarações verdadeiras e completas na Proposta de Adesão do seguro e nas informações pedidas pela Cia Seguradora inclusive nas Guias de Recolhimento do FGTS (G.F.I.P. / S.E.F.I.P.) e informações a Previdência Social.
- 3.A **É condição básica para que os funcionários possam participar do seguro que os mesmos se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho (não afastado) na data marcada para início da cobertura.**
3. B. **O LIMITE DE IDADE PARA INGRESSO SERÁ DE 74 ANOS E 11 MESES.**
4. **Que a cobertura do risco se inicia no primeiro dia subsequente ao protocolo desta proposta na segurada, no máximo 2 dias após o recebimento da corretora de seguros.**
5. Pelo presente autorizo a inclusão e a cobrança relativa aos prêmios de seguro de vida em grupo e/ou acidentes pessoais, contratada pelo **SINCOPETRO** junto a **ALFA SEGURADORA** em minha contribuição associativa conforme os valores a que tiver direito de acordo com as condições gerais da apólice.

**Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo da Empresa Sub-Estipulante  
(POSTO REVENDEDOR)

Assinatura e Carimbo da Empresa Estipulante  
(SINDICATO)