

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 70 ANOS.**
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 **SINCOPEURO** junto a **PRUDENTIAL DO BRASIL VIDA EM GRUPO S.A.** 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)