



Alfa Vida Sindicatos
Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo
Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____
Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

Local e Data: Salvador, 10 de Abril de 2015.

Ao: SINDICATO DOS TRAB NA IND DA CONST CIVIL DE CAMACARI - SINDTICC

A/c: BR BRASIL ADM CONS. GEST. BENEF. E CORRETORA DE SEGUROS



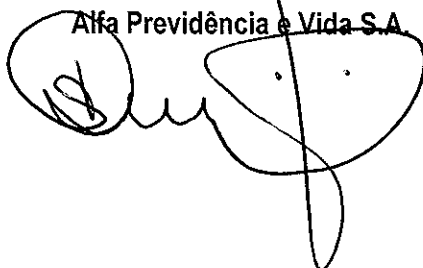
Ref.: Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivos.


Prezados Senhores,

Apresentamos a seguir as condições do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivos, contendo garantias, capitais segurados e outras particularidades, que foram obtidas após estudo com base nas informações fornecidas para cotação.

Esta Proposta tem validade de 30 (trinta) dias. Na expectativa de seu breve pronunciamento, colocamo-nos a sua inteira disposição para a elaboração de alternativas, ou ainda para prestar-lhe mais esclarecimentos quanto aos demais produtos de vida.

Atenciosamente,



Milca Pereira Zambrini / Celso Paiva
Diretora / Diretor
Alfa Previdência e Vida S.A.



André Luiz T. Lima
Gerente Comercial
Alfa Seguros e Vida S/A
12/04/15



Alfa Vida Sindicatos

Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo

Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

CONTRATO DE SEGURO

Anexo I a Proposta de Seguro nº 86/2015

▲ DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social: SINDICATO DOS TRAB NA IND DA CONST CIVIL DE CAMACARI - SINDTICC

CNPJ: 13.248.521/0001-04

▲ DADOS DO CORRETOR

Nome: BR BRASIL ADM CONS. GEST. BENEF. E CORRETORA DE SEGUROS

Nº de Registro SUSEP: 17114850

▲ DADOS DO SEGURO

Vigência da Apólice: Será de um ano, a partir das 24 hs do dia **31/12/2014**, com término às 24hs do dia **31/12/2015**.

Vigência do Sub-Estipulante: A partir das 24 hs. do dia indicado na proposta do seguro, vigorando este seguro até às 24 horas do dia **31/12/2015**, condicionado ao pagamento dos respectivos prêmios.

Sub-Estipulantes: São as **Empresas e Indústrias da Construção Civil no Estado da Bahia**, que poderão aderir ao seguro.

Grupo Segurável: São os funcionários do Sub-Estipulante, que estejam devidamente registrados, e que na data do início de vigência individual se encontrem em perfeitas condições de saúde, em plena atividade profissional, não estejam aposentados por invalidez e nem afastados do trabalho.

Inclusão de Segurados: Será de forma automática.

Afastados: Os funcionários que estiverem afastados do trabalho serão incluídos no seguro a partir das 24hs 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 Sub-Estipulante a Seguradora.

Riscos pré-existentes: Não serão indenizados os eventos que tiverem como causa algum acidente ou doença registrada antes da data de adesão do seguro.

Custeio do Seguro: Não contributário.

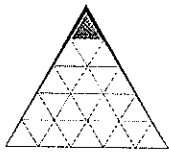
Limite máximo de Idade: 70 anos.

Pagamento da fatura: Mensal ou à vista.

Reenquadramento de prêmio: Não há.

Margem de oscilação para implantação: 0%.

Número mínimo de segurados para aceitação e manutenção do Seguro: 100% dos funcionários de cada Sub-Estipulante.



ALFA
SEGURADORA

Alfa Vida Sindicatos

Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo

Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

▲ **GARANTIAS E CAPITAIS SEGURADOS**

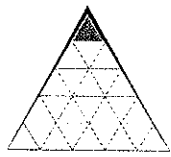
GARANTIAS	LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO
Morte (100,00%)	R\$ 12.000,00
IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (100,00%)	R\$ 12.000,00
IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (25,00%)	R\$ 3.000,00
Perda de Renda – Por Acidente ou Doença – Profissionais Registrados Forma de Pagamento: Será pago ao Segurado, mediante comprovação do afastamento temporário e ininterrupto. Franquia: 15 (quinze) dias Pagamento: A cada 30 dias de Afastamento ininterrupto. Cobertura: A partir do 16º dia de afastamento, por acidente ou por doença, o segurado fará jus a uma indenização de R\$ 200,00. A cada 30 (trinta) dias de afastamento poderá receber outra indenização no mesmo valor, limitado ao máximo de 3 (três) indenizações. Observação: Caso o segurado retorne antes de 30 (trinta) dias o mesmo não terá direito ao recebimento da indenização. Importante: Se no período de 1 (um) ano, contado da data de afastamento, ocorrer a Morte do Segurado ou for constatada a sua Invalidez Permanente por Acidente em consequência do mesmo evento que gerou o afastamento, serão descontados da indenização devida os valores já pagos por esta garantia. Observação: A seguradora se reserva o direito de solicitar reavaliação médica na liquidação de sinistros de Perda de Renda, quando julgar necessário. (5,00%)	A cada 30 (trinta) dias, o valor de R\$ 200,00 limitado a 3 (três) indenizações

▲ **ASSISTÊNCIA**

Morte – Assistência Funeral Segurado Titular, Cônjuge e Filhos dependentes do Imposto de Renda. Forma de Pagamento: O beneficiário do Segurado Titular, Cônjuge e Filhos dependentes do Imposto de Renda, poderão optar pela utilização da prestação de serviços de assistência funeral em caso de falecimento do Segurado Titular e/ou Dependente, ou, pelo pagamento da Indenização em forma de reembolso prestado pela Seguradora, limitado ao valor máximo de indenização correspondente a R\$ 2.750,00 (dois mil setecentos e cinquenta reais). Prestação de Serviços: A Assistência será prestada por empresa de Serviços credenciada pela Seguradora, exclusivamente contratada para prestar o atendimento conforme Condições Gerais da Apólice deste Seguro. Plano Familiar – Padrão STANDARD.	R\$ 2.750,00
Orientação Jurídica Orientação Jurídica prestada por Advogado livremente escolhido pelo segurado, quando este estiver na condição de requerido (polo passivo) em Ações Judiciais de Alimentos, de Execução de Alimentos, Guarda de Menores, Investigação de Paternidade, Tutela, Curatela, Interdição e Adoções Judiciais, por meio de reembolso correspondente a 5% (cinco por cento) do valor de consulta jurídica conforme tabela da OAB, limitado a R\$ 20,00 (vinte reais) e a uma utilização por ano, ou por meio de atendimento telefônico gratuito, em âmbito nacional, prestação de serviços conforme regulamento.	

▲ **CUSTOS MENSAIS**

Custo Mensal do Seguro por vida **R\$ 8,50** (oito reais e cinquenta centavos).



ALFA
SEGURADORA

Alfa Vida Sindicatos

Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo

Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

▲ PADRÕES DE ATENDIMENTO DA ASSISTÊNCIA - PADRAO STANDARD

Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do Segurado, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a Seguradora para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes in loco, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Funeral

Será executado o Funeral completo, com as seguintes coberturas:

Urna: urna de madeira com ou sem visor, padrão standard e ornamentação de acordo com a preferência da família do segurado

Flores: 01 (uma) coroa, em nome da família

Enfeite floral: 01 (uma) ornamentação na sala de velório

Véu: para cobrir o corpo

Preparação do corpo

Jogo de Paramentos

Veículo: carro fúnebre

Documentação: registro em cartório com guia e certidão

Presença: livro ou folha para assinaturas

Capela: locação de salas velatórias públicas. Em salas particulares os valores deverão ser similares aos das salas públicas.

Taxa de Sepultamento

Sepultamento: em túmulo (ou jazigo) da família com o pagamento da taxa de sepultamento, desde que a mesma seja compatível com os custos da taxa dos Cemitérios Públicos. Não está prevista a locação de Jazigo.

Cremação: Não há cobertura para cremação neste plano.

Traslado: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento, no Brasil ou no exterior, para a cidade de domicílio do segurado, através do meio de transporte mais adequado e em urna mortuária apropriada.

Religião ou Credo: Todos os serviços mencionados acima serão executados sempre respeitando as condições de religiosidade ou credo solicitado pela família.

▲ MODALIDADE DE CAPITAL SEGURADO

Global – É igual ao valor do capital individual definido nesta proposta multiplicado pelo número de segurados informados na implantação do seguro. O capital global será redefinido em todas as faturas, de acordo com a quantidade de vidas informada pelo Sub-Estipulante para cada faturamento.

Capital Segurado Individual será limitado ao contratado para cada garantia, desde que a quantidade de vidas informada por cada Sub-Estipulante seja igual ou superior à quantidade de pessoas descritas na SEFIP/FGTS do mês da ocorrência do sinistro. Caso a quantidade de vidas contratadas na apólice seja inferior à quantidade de pessoas constantes da SEFIP/FGTS do mês da ocorrência do sinistro, o capital segurado individual será calculado proporcionalmente à divisão do capital global pela quantidade de pessoas da SEFIP/FGTS.

▲ REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

Periodicidade: Reavaliação Anual, contemplando as informações dos últimos 12 meses.

Critério: A taxa será revista caso a sinistralidade ao final da vigência for superior a 30% (trinta por cento)



Alfa Vida Sindicatos

Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo

Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

▲ **PRÓ-LABORE**

Não

▲ **EXCEDENTE TÉCNICO**

Não há

▲ **IMPLANTAÇÃO E ATUALIZAÇÃO DE SEGURADOS**

Para implantação do seguro a empresa Sub-Estipulante deverá informar a quantidade de funcionários ativos relacionados na Guia do SEFIP/FGTS do mês anterior ao da vigência acrescentados dos demitidos naquele mês.

O Sub-Estipulante deverá informar, mensalmente, até o dia 30 de cada mês, a quantidade de funcionários, para que seja efetuado o respectivo faturamento. Esta quantidade deverá ser igual ao somatório do número de funcionários ativos relacionados na Guia do SEFIP/FGTS e do número de funcionários afastados após a adesão da empresa a esta apólice e subtraídos dos demitidos do mês anterior ao do faturamento.

Exemplo de vigência no mês 02/2010:

Implantação: Ativos + Admitidos do mês anterior ao da vigência + Demitidos do mês anterior ao da vigência

Ativos + Admitidos	Demitidos	Total de Segurados para Implantação
SEFIP/FGTS do mês 01/2010	No mês 01/2010	SEFIP/FGTS mês 01/2010 + demitidos do mês 01/2010

Faturamento mensal (fatura 2 em diante): Exemplo de vigência no mês 03/2010

Ativos + Admitidos do mês anterior ao da vigência + Demitidos do mês anterior ao da vigência + de funcionários afastados após a adesão da empresa a esta apólice

Ativos + Admitidos	Demitidos	Total de Segurados para Implantação
SEFIP/FGTS do mês 02/2010	No mês 02/2010	SEFIP/FGTS do mês 02/2010 + demitidos do mês 01/2010 + de funcionários afastados após a adesão da empresa a esta apólice

Havendo aumento ou diminuição no número de vidas, a regra de cobrança será aquela estabelecida no item forma de pagamento do prêmio, deste contrato de seguro.

As empresas que informarem regularmente as movimentações, independentemente da Alfa ter cobrado ou não o prêmio correspondente, terão cobertura para as vidas informadas, conforme o capital individual definido nesta apólice e respeitados os limites de cobertura e capital segurado do produto.

As empresas que não informarem regularmente as alterações na quantidade de seus funcionários terão a cobertura do seguro alterada na proporção do novo número de vidas, conforme determinação do Capital Segurado Individual.

▲ **FORMA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO**

A forma de pagamento do prêmio será definida de acordo com a quantidade de funcionários:

Mais de 10 vidas: as empresas com mais de 10 funcionários (exclusive), terão faturamento em parcela mensal com a primeira parcela à vista, respeitado o limite mínimo de R\$ 85,00 (oitenta e cinco reais) por parcela.

Até 10 vidas inclusive: as empresas com até 10 funcionários (inclusive), deverão efetuar seus pagamentos à vista, respeitado o limite mínimo de R\$ 85,00 (oitenta e cinco reais) por parcela.

Para os seguros com vigência inferior a um ano o prêmio do seguro será cobrado na forma pro-rata-temporis, respeitado o valor mínimo R\$ 85,00 (oitenta e cinco reais) por parcela.



Alfa Vida Sindicatos
Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo
Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____
Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____


Se nos seguros de pagamento único houver inclusão de segurados, a Alfa Previdência e Vida S.A. se reserva o direito de cobrar a diferença do prêmio correspondente, ficando o critério da mesma o agrupamento da cobrança ou não para o final de vigência da apólice.

Se as alterações enviadas promoverem uma redução do prêmio pago, a devolução da diferença entre o prêmio pago e o prêmio devido somente será providenciada pela Alfa Previdência e Vida S.A. no final de vigência da apólice, mediante solicitação expressa do Sub-Estipulante.

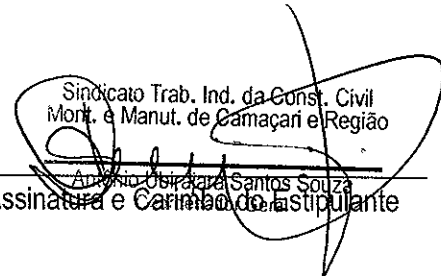
▲ ROTEIRO OPERACIONAL

- 1º. O Corretor de seguros deverá efetuar a cotação através do KIT de cálculo da Alfa Previdência e Vida S.A., utilizando como base o número de vidas informado pela empresa (Ativos + Admitidos do mês anterior ao da vigência + Demitidos do mês anterior ao da vigência);
- 2º. Após a cotação o Corretor deverá efetuar a transmissão da proposta para a Alfa Previdência e Vida S.A., informando o email para correspondência do Sub-Estipulante, gravar em PDF ou imprimir e, enviar ao Sub-Estipulante juntamente com a boleta de cobrança;
- 3º. O Sub-Estipulante deverá quitar a parcela do prêmio que corresponderá a sua adesão ao seguro;
- 4º. Se não houver transmissão da proposta pelo KIT o corretor deverá protocolar a proposta devidamente assinada em uns dos endereços da Alfa Previdência e Vida S.A.
- 5º. A Alfa Previdência e Vida S.A. após o recebimento do crédito da parcela ou da proposta protocolada providenciará a emissão da apólice.
- 6º. Mensalmente a Alfa Previdência e Vida S.A. providenciará a emissão das respectivas faturas e fichas de compensação e encaminhará diretamente para o Sub-Estipulante, com cópia para o corretor de Seguros, via e-mail;
- 7º. Não havendo a informação do email do Sub-Estipulante, enviaremos as faturas ao Corretor de seguros, que deverá imprimir e encaminhá-las mensalmente ao cliente;
- 8º. O Sub-Estipulante deverá informar ao seu Corretor de Seguros e este à Alfa Previdência e Vida S.A., através do site www.alfaseguradora.com.br até o dia 30 do mês do risco as alterações ocorridas na quantidade de funcionários, para que seja efetuado o faturamento de cada mês.

Local e Data: Salvador, 10 de Abril de 2015.



Milca Pereira Zambrini / Celso Paiva
Diretora / Diretor
Alfa Previdência e Vida S.A.


Sindicato Trab. Ind. da Const. Civil
Mont. e Manut. de Camaçari e Região
Antonio Obidiana Santos Souza
Assinatura e Carimbo do Estipulante

CNPJ 16.784.358/0001-92
BR BRASIL ADMINISTRAÇÃO CONSULTORIA
GESTÃO DE BENEFÍCIOS E CORRETORA DE SEGUROS
Avenida Nossa Senhora da Penha nº 1495
Salão Executivo 201, Edif. Corporate Center
Santa Lúcia - CEP: 29056-293
Assinatura e Carimbo do Corretor
VITÓRIA-ES



Alfa Vida Sindicatos
Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo
Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____
Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

Proposta de Seguro nº 86/2015

▲ DADOS DO ESTIPULANTE

Nome: SINDICATO DOS TRAB NA IND DA CONST CIVIL DE CAMACARI - SINDTICC		
CNPJ/CNPJ: 13.248.521/0001-04	Atividade: ATIVIDADES DE ORGANIZAÇÕES SINDICAIS	
Endereço: R JOÃO D'ERRICO, Nº 60	Bairro: CENTRO	CEP: 42.805-200
Cidade: CAMACARI	UF: BA	Telefone: ()
E-mail:		
Valor do Patrimônio: () Até R\$ 100.000,00 - () De R\$ 100.000,01 à R\$300.000,00 - () Acima de R\$ 300.000,00		

▲ DADOS DO CORRETOR

Nome: **BR BRASIL ADM CONS. GEST. BENEF. E CORRETORA DE SEGUROS**
Nº de Registro SUSEP: **17114850**

▲ DADOS DA FATURA

Custeio do Seguro: **Não Contributário**
Prazo de entrega da movimentação: **30 do mês do risco**
Dia de Vencimento da Fatura: **25 do mês subsequente a vigência**

▲ DECLARAÇÃO

A instituição acima, na qualidade de Estipulante, propõe à Alfa Previdência e Vida S.A. o Seguro de Vida em Grupo, assumindo inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão de suas declarações. O Estipulante autoriza a referida Seguradora, caso aceite esta proposta, a emitir a respectiva apólice com **Início de Vigência às 24 horas do dia 31/12/2014, com término às 24 horas do dia 31/12/2015**, ficando os Sub-Estipulantes responsáveis pelo pagamento dos respectivos prêmios do seguro.

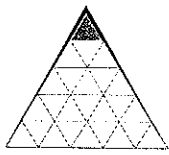
O Estipulante declara ter recebido as Condições Gerais e Particulares deste seguro e estar de acordo com todo o seu conteúdo, ficando as mesmas à disposição dos Sub-Estipulantes e Segurados que vierem a aderir à apólice.

Declara ainda estar ciente, que de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação deste Risco pela Alfa Previdência e Vida S.A ou no cálculo do prêmio correspondente, perderá o direito a qualquer indenização, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

A Alfa Previdência e Vida S.A. disporá de 15 (quinze) dias, para analisar esta Proposta de Contratação, contado de seu protocolo em qualquer de suas filiais. A inexistência de manifestação expressa pela Seguradora, dentro deste prazo, implicará na aceitação automática desta Proposta de Contratação. Em caso de recusa, o prêmio pago será devolvido, monetariamente atualizado.

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



ALFA
SEGURADORA

Alfa Vida Sindicatos

Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo

Mensal - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

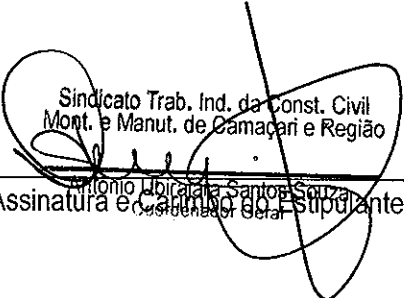
Anual - Apólice nº 002/993/ _____ Contrato nº _____

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

Telefone do SAC: 0800-774-2532 / Ouvidoria: 0800-774-2352. Para pessoas com necessidades especiais de audição e fala: SAC: 0800-770-5244 / Ouvidoria: 0800-770-5140. E-mail: Ouvidoria@alfaseg.com.br

Local e Data: Salvador, 10 de Abril de 2015.

Sindicato Trab. Ind. da Const. Civil
Mont. e Manut. de Camaçari e Região

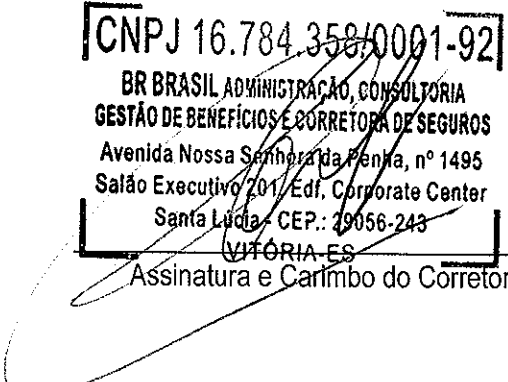


Antonio Herculano Santos Souza
Assinatura e Carimbo do Estipulante

CNPJ 16.784.358/0001-92

**BR BRASIL ADMINISTRAÇÃO, CONSULTORIA
GESTÃO DE BENEFÍCIOS E CORRETORA DE SEGUROS**

Avenida Nossa Senhora da Penha, nº 1495
Salão Executivo 201/Edf. Corporate Center
Santa Lúcia - CEP.: 79056-243
VITÓRIA-ES



Assinatura e Carimbo do Corretor