

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

VERSÃO 12/2021



Ao SINDICATO DA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO PESADA NO ESTADO DE MINAS GERAIS - SICEPOTMG

Temos a satisfação de apresentar nossa proposta com base nos dados fornecidos e agradecemos a oportunidade de participar do processo de cotação para contratação do(s) Seguro(s) para sua empresa.

A Seguros Unimed iniciou suas operações em 1989, com o objetivo de atender às demandas do Sistema Unimed, que é formado aproximadamente por 350 cooperativas, 114 mil médicos cooperados e 18 milhões de clientes em todo o Brasil. Atualmente, a Seguros Unimed conta com 6 milhões de clientes, oferecendo produtos nos segmentos de Saúde, Vida, Previdência, Odonto e Ramos Elementares, e está entre as maiores do setor, com um pacote completo de benefícios para sua empresa. Com matriz em São Paulo e diversos escritórios regionais distribuídos pelo País, a Seguros Unimed busca continuamente o aprimoramento de processos, o conhecimento das necessidades de seus clientes e o desenvolvimento de produtos conectados com o mercado.

Ficamos na expectativa de tê-los como parceiros e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

|                        |                        |  |
|------------------------|------------------------|--|
| Nome                   | GIULIANA BARBI RICHARD | Tipo de Contratação: <input type="checkbox"/> Nova <input checked="" type="checkbox"/> Transferência |
| Escritório Regional de | Belo Horizonte         |  |
| Código Sub ER          | 68                     |  |
| Telefone               | 31992245349            |  |
| Estudo                 | 312379                 |  |
| Validade               | 23/07/2022             | Grupo Segurável: COLABORADORES SINDICALIZADOS JUNTO AO SICEPOT                                       |

| Dados do Proponente/Estipulante             |   | Razão Social   |
|---|---|--|
| CNPJ/CEI                                    | 16.631.087.0001-35  | SINDICATO DA INDUSTRIA DA CONSTRUCAO PESADA NO ESTADO DE MG  |
| Atividade Econômica                         | 94.11-1-00,"TEXT":"ATIVIDADES DE ORGANIZAÇÕES ASSOCIATIVAS PATRONAIS E EMPRESARIAIS |  |
| Endereço Completo (Avenida   Rua   Alameda) | AVENIDA RAJA GABAGLIA, 1143 - 17º ANDAR   | Esta residindo fora do Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> X País: BRASIL |
| Bairro                                      | LUXEMBURGO  | Cidade/UF: BELO HORIZONTE / MG CEP: 30380103   |
| Nome Completo da Pessoa Responsável         | JOSÉ JACQUES VIANA VAZ  | Telefone (fixo ou celular): 31 21210400 Data de Preenchimento: 13/07/2022                                      |
| E-mail                                      | presidencia@sicepotmg.com   | E-mail (Envio de Fatura E-mail (Envio de Apólice): financeiro@sicepotmg.com juridico@sicepotmg.com             |

( ) Estou cliente e autorizo que a SEGURADORA utilize meus dados informados, seja endereço, e-mail, número de celular (SMS), para encaminhamento de boletos, comunicados, notificações ou demais informações sobre o(s) seguro(s) aqui contratado(s), declarando, desde já, que são plenamente válidos para todos os efeitos legais\* e assumo a obrigação de mantê-los atualizados, cliente de que a alteração dos referidos dados de contato deverão ser formalmente comunicados à SEGURADORA por meio de contato com o canal Fale Conosco no website indicado a seguir: www.segurosunimed.com.br/institucional/contatos/faleconosco.  
 \* Os efeitos legais das alterações solicitadas por meio do canal Fale Conosco iniciarão após o recebimento e processamento da informação pela SEGURADORA.

Pessoa Politicamente Exposta (PEP)?  Não  Sim, sou PEP Titular  Sim, possuo Relacionamento Próximo

Se possuir relacionamento próximo, informe os dados da PEP Titular:  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Grau de Relacionamento com a PEP: \_\_\_\_\_

Informar origem dos recursos (somente se for PEP e caso a operação seja acima de R\$ 10 mil) \*:  
 Salário/Pró-Labore  Aplicações Financeiras  Herança  Imóveis  Aposentadoria  Outros

\*Sujeito a solicitação de documentação comprobatória.

² PEP - Pessoa Politicamente Exposta: Consideram-se nesta classificação, agentes públicos que desempenham ou que tenham desempenhado, nos últimos 5(cinco) anos, no Brasil ou no exterior, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

| MULTIPROTEÇÃO VIDA EM GRUPO – Processo SUSEP nº 15414.615747/2020-24                                |                            |        |  |
|---|----------------------------|--------|--|
| Coberturas TITULAR  | Capital Segurado Total R\$ | Taxa   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morte (M) - cobertura básica                                    | R\$ 191.196.000,00         | 0,1124 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)                  | R\$ 191.196.000,00         | 0,0435 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)        | R\$ 945.218.800,00         | 0,0487 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) Módulo A | R\$ 191.196.000,00         | 0,0146 |  |
| Coberturas CONJUGE  |                            |        |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morte (M)   | R\$ 102.236.750,00         | 0,0360 |  |
| Coberturas FILHO(S)   |                            |        |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Morte (M)   | R\$ 50.985.800,00          | 0,0097 |  |

  

| GARANTIA FUNERAL - Processo SUSEP nº 15414.002969/2006-24                                  |                      |        |  |
|--|----------------------|--------|--|
| Plano  | Capital Segurado R\$ | Taxa   |  |
| <input type="checkbox"/> GF - Individual <input checked="" type="checkbox"/> GF - Familiar | R\$4.400,00          | 0,2454 |  |

1 REGRA DE ACEITAÇÃO  
 A idade máxima considerada no início de vigência da apólice será de  anos

2 NÚMERO DE VIDAS  
 A proposta de seguro apresentada foi elaborada com base nos dados fornecidos, totalizando  vidas.  
 Quando o início de vigência da apólice e durante a vigência da mesma, as condições em proposição serão revistas, e devidamente adequadas, caso seja constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados enviados para estudo do grupo, quando provocar desvio superior a 10% (dez por cento), no cálculo atual inicial.

3. CRITÉRIO DE ADESÃO  
 Facultativo  Compulsório

4. FORMA DE CUSTEIO  
 Não contributário  Parcialmente Contributário  Contributário

5. TAXA E PRÊMIO MENSAL DO SEGURO  
 A taxa mensal, para cada garantia de risco e garantias acessórias, com IOF (Imposto sobre Operações Financeiras) de 0,38%, será de acordo com as informações abaixo, devendo a mesma ser aplicada sobre a somatória dos capitais segurados individuais.

| Produto                     | Capital Segurado Total R\$ | Prêmio              |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------|
| MULTIPROTEÇÃO VIDA EM GRUPO | R\$191.196.000,00          | R\$50.651,77        |
| GARANTIA FUNERAL            | R\$23.366.400,00           | R\$5.735,12         |
| <b>Prêmio Total</b>         |                            | <b>R\$56.386,89</b> |

6. CONTRATAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Capital Uniforme

O capital segurado é igual para todos integrantes do grupo segurável, no valor de R\$

36.000,00

trinta e seis mil reais

Capitais Diversos

Cargo

Faixa Salarial

Especificar aqui cargos ou faixas salariais

Múltiplo Salarial

| Modalidade de Capital Segurado | Limite de Capital Segurado R\$ |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Múltiplo                       | Mínimo: Máximo:                |

## 7. OBSERVAÇÕES

Por se tratar de transferência do "Grupo Segurado" de uma outra Apólice em vigor em congêneres, serão aceitos, no início desta Apólice, todos os componentes nela incluídos;

**Nos casos de empresas já com seguro vigente, sendo a mesmas coberturas/capitais/condições, os afastados serão aceitos mediante comprovação de fazerem parte do seguro nas mesmas condições ( enviar o certificado).**

**Nos casos de alteração de condição, enviar para análise da Área Técnica.**

Somente serão aceitos, aposentados por Tempo de serviço e/ou Idade. Aposentados por Invalidez, não tem aceitação (exceto aqueles que apresentaram CID para análise e foram aceitos).

Esta taxa somente será válida para todo o grupo segurável apresentado neste estudo;

Fica dispensado o preenchimento da DPS (Declaração Pessoal de Saúde);

Para que possamos ratificar a taxa apresentada, na concretização do negócio, será necessário correspondência confirmando as informações de sinistralidade bem como a cópia da última fatura e cópia da apólice.

Qualquer inconsistência nas informações fornecidas que venham alterar a taxa média apresentada, esta tornará sem efeito, havendo necessidade de recálculo;

Adesão Compulsória de 100% dos funcionários da empresa (100% da GFIP), desde que respeitadas as condições de aceitação da Seguradora;

Se na implantação da apólice houver variação da idade máxima ou idade média atuarial desta cotação, haverá revisão na taxa;

No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o estipulante e a sociedade seguradora, bem como constar informação a seguir:

Qualquer alteração nas condições contratuais, que implicar em ônus ou dever para os segurados, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Para prestadores de serviço, será obrigatório apresentação do contrato de prestação de serviço exclusivo com o estipulante no momento da implantação;

Seguradora anterior:

\* Regra de cartão proposta:

\* Regra de captação dos beneficiários:

Por se tratar de Seguro de Vida Coletivo para atender Convenção Coletiva de Trabalho, o texto a seguir deverá ser incluído na Proposta de Contratação:

Será de responsabilidade do Estipulante da apólice, solicitar à Seguradora a alteração das coberturas e/ou capitais do Seguro de Vida e Acidentes Pessoais para se adequar a Cláusula indicada na convenção coletiva trabalho.

Documentos para Implantação:

Cópia do cartão do CNPJ atualizado;

Cópia do contrato social e suas alterações;

Carta do estipulante autorizando a abertura de agrupamentos de apólice;

Proposta de contratação do Seguro, assinada por um dos sócios mencionados no contrato social ou por pessoa legalmente habilitada a representar a empresa;

Cópia da GFIP;

Cálculo ou condições, onde sejam informadas as taxas utilizadas na proposta e guia de implantação;

Arquivo contendo os proponentes (integrantes do grupo segurável) conforme Layout disponibilizado pela Área de Operações e Proposta de Adesão, quando necessário;

**A apólice principal terá vigência de 03 anos sendo a avaliação feita anualmente para equilíbrio técnico atuarial por sinistralidade.**

**Quanto a quantidade de vidas, temos ciência que haverá variação devido a alterações de quadro/mudanças no decorrer da vigência das obras de cada empresa / subgrupo**

## 8. ROTINA OPERACIONAL

### 8.1. Vencimento/Movimentação

Tipo de Vencimento:  No Mês  Postecipado  Proposta de Adesão

Tipo de Movimentação:  Arquivo  Proposta de Adesão

Periodicidade:

Data de Vencimento da 1ª fatura:

Data de Vencimento das demais faturas:

Emissão 1ª fatura: Tipo de Movimentação:  Arquivo  Proposta de Adesão

Emissão demais faturas: Tipo de Movimentação:  Arquivo  Proposta de Adesão  MOL

### 8.2. Exclusivamente para contratações através de arquivo Eletrônico:

Para início de vigência e manutenção mensal enviar arquivo eletrônico padrão fornecido pela Seguros Unimed com antecedência mínima de 20 dias antes do vencimento da fatura.

### 8.3. Envio das Faturas ao Cliente/Estipulante até 15 dias antes do vencimento.

Após o primeiro faturamento, o Cliente /Corretor deverá realizar o processamento mensal dos arquivos através da ferramenta Movimentação Online, que está disponível no Site da Seguros Unimed. Dessa forma, o processamento, retorno e valores a faturar podem ser acompanhados pelo próprio Estipulante/Corretor. Solicite orientação sobre a utilização dessa ferramenta ao seu Escritório Regional.

8.4. Para garantir que a movimentação de segurados seja processada corretamente, verifique todas as informações no arquivo eletrônico antes de colocá-lo na Movimentação Online.

8.5. Segurados com dados incompletos ou inválidos serão rejeitados e consequentemente ficarão sem cobertura durante o período de competência.

8.6. Caso o arquivo não seja colocado para processamento a fatura se dará com base no último arquivo faturado, não sendo aceitas novas inclusões, alterações ou exclusões com retroatividade.

## 9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os segurados sinistrados deverão permanecer no arquivo do mês do evento, sendo excluídos apenas no mês seguinte ao da ocorrência de sinistro.

## 10. VIGÊNCIA DA APÓLICE

10.1. O início de vigência dos riscos individuais para o(s) segurado(s) incluído(s) na primeira fatura da apólice será a mesma da data de início de vigência da apólice. Para as inclusões posteriores, a vigência do risco individual terá início a partir da data de inclusão do segurado na Seguradora, desde que, se enquadre nas condições de aceitação do seguro na Seguros Unimed, devendo, entretanto, ser pago o prêmio correspondente ao período integral do mês de inclusão.

10.2. O prazo de vigência da apólice será de  (  ) ano(s), a contar de  com término em

## 11. CONDIÇÕES GERAIS

Unimed Coletivo Multiproteção – Versão

Unimed Garantia Funeral – Versão

As Condições Gerais estão disponíveis no site da Seguros Unimed: [www.segurosunimed.com.br/condicoesgerais](http://www.segurosunimed.com.br/condicoesgerais).

11.2. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

11.3. Estou ciente de que o registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

11.4. Estou ciente, ainda, de que este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das condições contratuais.

**Atenção:** cientificamos desde já, que previamente a esta contratação, o Intermediário tem a obrigação de repassar as informações previstas no art. 4º, § 1º da Resolução CNSP 382/2020, inclusive relativas aos valores pertinentes à contratação e intermediação do seguro. Em caso de dúvida, contate o intermediário para esclarecimentos, antes da contratação.

## 12. DADOS DO CORRETOR

Para os fins deste Contrato, e para os efeitos desta cláusula, a ESTIPULANTE declara que nomeou para a presente operação o seguinte Corretor de Seguros:

Razão Social:

Nome Completo Corretor:

CNPJ | CPF:

Número de Registro na SUSEP:  Código do Corretor

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

## 13. AUTORIZAÇÃO DE EMISSÃO DA APÓLICE

Autorizamos a Implantação/Emissão da apólice, com base nos termos desta proposta e demais disposições constantes das normas para Seguro promulgadas pela SUSEP, com início de vigência a partir de

de  de  de

Assinatura do Estipulante

Assinatura Subestipulante

Assinatura Corretor de Seguros

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

• **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 20h (exceto feriados nacionais)

Telefones Contingenciais – Atendimento Nacional: (0XXDDD\*) 4000-1633 \*DDD da Capital do estado do segurado.

• **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica. E-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• **FALE CONOSCO**

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

• **OUVIDORIA**

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

✓ **Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:**

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ **Como e onde recorrer:**

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- O nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da Apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

• Pelo site: preencher o formulário em [www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/)

• Por e-mail: [ouvidoria@segurosunimed.com.br](mailto:ouvidoria@segurosunimed.com.br)

• Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed – Ouvidoria  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346  
Cerqueira César - São Paulo – SP  
CEP:01410-901

• Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.

• Presencialmente, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346  
Cerqueira César - São Paulo - SP  
CEP: 01410-901

Unimed Seguradora S/A - CNPJ/MF: 92.863.505/0001-06 - Reg. SUSEP 694-7

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo – SP

Atendimento Nacional: 0800-016-6633 / Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611

Ouvidoria: acesse [www.segurosunimed.com.br/ouvidoria](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria) ou ligue 0800 001 2565 | Telefones Contingenciais –

Atendimento Nacional (0XXDDD\*) 4000-1633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: (0XXDDD\*) 4000-1611 |

[www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br)