



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS**

**SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS
DA FORÇA SINDICAL - SINDNAPI**

SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA FORÇA SINDICAL - SINDNAPI

CNPJ: 04.040.532/0001-03

Data de Fundação: 15/06/2000

Endereço: Rua do Camo, 171

Bairro: Centro

Município: São Paulo

UF: SP

CEP: 01019-020

Telefone: 55 11 3293-7500

Fax: 55 11 3293-7502

E-mail: suportefichas@sindnapi.org.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
CPF/MF nº _____, _____(a), nascido(a) na data de ____/____/____,
beneficiário(a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado(a) à

Município: _____ UF: _____ CEP: _____, portador(a) do benefício
número _____, Espécie nº _____, sócio(a) do *Sindicato Nacional dos Aposentados,
Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI* sob o número _____,

AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS através do
Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI, na
condição de sua mandatária, o desconto da mensalidade de 2,5% (dois virgula cinco por cento) do
valor do meu benefício previdenciário, com respaldo no disposto no Inciso V do Artigo 115 da Lei 8.213
de 24 de Julho de 1991.

Local e data

Assinatura ou impressão digital do titular do
benefício previdenciário

Ciente e de acordo com as informações do nosso associado e com os poderes conferidos ao **SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA FORÇA SINDICAL - SINDNAPI** para o desconto pretendido.

Assinatura do Presidente ou representante legal do Sindicato Nacional dos Aposentados,
Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI



PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO

Seguradora: Generali Brasil Seguros S.A. **Nº Apólice:** 75930006331 **Corretor:** CMG-Corretora de Seguros **Código SUSEP:** 1020371349

Estipulante SINDNAPI - Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical **CNPJ:** 04.040.532/0001-03

Nome do Associado / Proponente										Tipo		Nº do Benefício Previdenciário			
[Grid for Name]										[Grid for Type]		[Grid for Benefício]			

CPF				Doc. de Identificação								Órgão expedidor		Data de expedição	
[Grid for CPF]				[Grid for Doc. de Identificação]								[Grid for Órgão]		[Grid for Data]	

Nome da Mãe										Data de Nascimento		SEXO		Estado Civil	
[Grid for Mãe]										[Grid for Nascimento]		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo		[Grid for Estado Civil]	

Endereço (Rua, Avenida, Complemento)												Nº		UF	
[Grid for Endereço]												[Grid for Nº]		[Grid for UF]	

Bairro				Cidade				CEP			
[Grid for Bairro]				[Grid for Cidade]				[Grid for CEP]			

Você é Pessoa Exposta Politicamente (PEP)* ? SIM NÃO

E-mail: [Grid] Telefone: () [Grid] Celular: () [Grid]

Se Relacionamento próximo, informe o grau de relacionamento PEP**:

O próprio Filho(a) Irmão/Irmã Sobrinho(a) Primo(a) Genro / Nora Enteadado(a) Companheiro(a)
 Cônjuge Pai Mãe Tio(a) Avô / Avó Sogro(a) Neto(a) Outros

*Pessoa que ocupa ou ocupou, nos últimos 5 anos, cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior. **O proponente pode não ser pessoa exposta politicamente, mas possuir **RELACIONAMENTO PRÓXIMO** onde são considerados parentes, sócios, representantes ou quaisquer outras pessoas que se relacionem com alguma pessoa exposta politicamente.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Declaro para todos os fins e efeitos legais, que: (1) Estou em plenas condições de saúde; (2) Não estou em tratamento médico em regime hospitalar; (3) Estou ciente de que doenças pré-existentes à contratação deste seguro não estão cobertas; (4) Tive acesso integral, compreendi e concordo com todas as Condições Contratuais do Seguro, incluindo as Condições Gerais; e (5) estou de acordo com as **Condições dos Benefícios, Serviços e Assistências** desta proposta, bem como atesto a veracidade das informações em relação ao meu atual estado de saúde.

COBERTURAS E BENEFÍCIOS ASSOCIATIVOS

Morte	Morte Acidental	Auxílio Funeral	Assistência Funeral	Assistência Residencial	Assistência Medicamentos	Monitoramento Digital	Sorteio Mensal	Prêmio do Seguro
100% do valor mensal do benefício previdenciário, limitado R\$ 2.000,00	R\$ 18.000,00	Até R\$ 1.500,00 (válido para quem não usar assistência)	TITULAR até R\$ 4.000,00	TITULAR até 02 acionamentos com limite de R\$ 245,00 durante a vigência do certificado	Ilimitado (sem limites de valor e de eventos)	TITULAR	R\$ 15.000,00	Pago pelo Estipulante

COMISSÃO DE CORRETAGEM

Haverá pagamento de comissão de corretagem ao Corretor, mensalmente, no valor de 41% (Quarenta e um por cento) sobre o prêmio líquido pago, como também pagamento de agenciamento no valor de 24% (Vinte e quatro por cento) sobre o prêmio líquido pago na 1ª (primeira) parcela, 13ª (Décima terceira) parcela e 25ª (Vigésima quinta) parcela.

DECLARAÇÕES

Declaro que as informações contidas neste documento e seus anexos são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que tomei conhecimento na íntegra das Condições Gerais desta adesão, que foram integralmente lidas e aceitas por mim. Estou ciente de que, o SINDNAPI possui uma apólice de seguros de vida coletiva, contratada em benefício de seus associados, pelo regime não contributivo e, para fazer parte desse benefício e cumprir as formalizações exigidas pela regulamentação, assino a presente Proposta de Adesão ao Seguro Coletivo, na qualidade de Proponente. Tenho ciência de que o Seguro é não contributivo, ou seja, pago 100% pelo Estipulante. O início da vigência das coberturas individuais do seguro será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia útil do mês da confirmação da filiação. Ao aderir ao quadro associativo do SINDNAPI, estarei apto a integrar esta apólice, conforme condições apresentadas no presente documento. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento do devido prêmio por parte do Estipulante, a caracterização da elegibilidade do evento coberto e o seu amparo pelo seguro e que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxaço do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização. Estou ciente, ainda, de que a aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco e que o não pagamento do prêmio por parte do Estipulante poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro e legislação aplicável à espécie. **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da presente Proposta, sendo autorizada a solicitação de documentos complementares, uma única vez, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.** Estou ciente de que este seguro terá vigência de 36 (trinta e seis) meses. Havendo interesse na renovação do Seguro, devo manifestar-me previamente neste sentido. O Proponente declara, que foi informado pelo Estipulante que o mesmo tem contrato de exclusividade com a Seguradora para a comercialização e oferta deste produto. Estou ciente, ainda, que o registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização e que poderei consultar a situação cadastral do corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF". Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo que meus dados pessoais serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em [<https://www.generalibrasil.com.br>].

POR ESTAR DE ACORDO COM ESTA PROPOSTA DE ADESÃO E CONDIÇÕES GERAIS, CONFIRMO QUE RECEBI UMA VIA DE IGUAL TEOR DA PRESENTE PROPOSTA DE ADESÃO. ASSINO:

LOCAL E DATA _____ ASSINATURA _____

DECLARAÇÃO DE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR POLEGAR DIREITO TITULAR A rogo do (a) ASSOCIADO/PROPONENTE, assina o rogado

Declaro que ouvi atentamente a leitura deste TERMO ASSOCIATIVO na presença das 02 (duas) testemunhas, tendo compreendido seu conteúdo, estando ciente de todas as condições e obrigações assumidas.	Testemunhas	
	1 NOME: _____ CPF: _____	2 NOME: _____ CPF: _____

COBERTURAS, PRÊMIO E BENEFICIÁRIOS LEGAIS

Tem cobertura o ASSOCIADO com idade **não superior a 80 (oitenta) anos** e que esteja com a sua contribuição associativa do Estipulante em dia no mês da ocorrência do evento, desde que, cumpridas as carências específicas de cada serviço/benefício. Sendo aceita a contratação, será emitido o Certificado Individual do Seguro. **Os Beneficiários são as pessoas físicas designadas para receber os valores dos Capitais Segurados na ocorrência do Sinistro coberto. Na falta de indicação expressa serão beneficiários aqueles indicados por lei. Caso queira, o ASSOCIADO segurado poderá alterar o beneficiário junto à Central de Atendimento.** O Seguro é não contributivo, ou seja, pago 100% pelo Estipulante.

ASSISTÊNCIAS E BENEFÍCIOS ADICIONAIS

Assistência Funeral: Serviço prestado pela MEMORIAL INTERNATIONAL BRASIL ASSISTENCIA FUNERARIA LTDA., CNPJ/MF sob o nº 20.181.091/0001-16. Tem por objetivo a prestação do serviço de Assistência funeral na hipótese de morte do ASSOCIADO segurado, no valor de até R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

O serviço não prevê reembolso. O ASSOCIADO segurado/familiar deverá entrar em contato com a central de atendimento (0800 591 2053), ocasião em que receberá as instruções necessárias.

Assistência Residencial: Serviço prestado pela INTEGRAL GROUP SOLUTION ASSISTENCIA LIMITADA, CNPJ/MF sob o nº 32.020.396/0001-25. O ASSOCIADO segurado deverá entrar em contato com a central de atendimento 0800 770 1290. **O serviço não prevê reembolso.**

Assistência Medicamentos: Serviço prestado pela BSF SAÚDE - CNPJ 202.595.406/0001-71. Tem por objetivo a aquisição gratuita de medicamentos genéricos, regulados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA - Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico, comercializados em redes de farmácias e drogarias, pelo segurado oriundo de atendimento emergencial (pronto socorro) ou internação. O ASSOCIADO segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da BSF SAÚDE (0800 0386300) para apresentação e análise prévia do prontuário médico de atendimento emergencial ou internação do ASSOCIADO segurado. A assistência estará condicionada a autorização via Central de Atendimento após análise da documentação, validando a cobertura do evento, o segurado receberá as instruções necessárias para a retirada dos medicamentos nos estabelecimentos credenciados ou ainda sistema de reembolso em casos de aquisições em Farmácias não Credenciadas.

Monitoramento Digital: É um serviço prestado por Brbiz Tecnologia da Informação e Sistemas Ltda., registrada no CNPJ/MF sob o nº 10.433.047/0001-00, com objetivo de oferecer constante monitoramento e rastreamento, em auxílio à segurança e/ou proteção de dados pessoais e/ou financeiros na "web tradicional" e em bases de vazamento de dados, por intermédio da disponibilidade de "acesso à ferramenta você protegido" e de "alertas de monitoramento" devidamente qualificados por criticidade, facilitando o entendimento e tipo de exposição das informações. Em caso de dúvidas o ASSOCIADO poderá entrar em contato com a Central de Atendimento através do número (11) 4200 3100, para que possa receber as instruções necessárias. Os serviços somente serão prestados após ativação pelo Proponente através do passo a passo disposto no link <https://voceprotegido.com/generali>.

Sorteios: Título de Capitalização da Modalidade Incentivo emitido pela ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 74.267.170/0001-73, Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05. Ao contratar o seguro e atender às demais condições do Regulamento, o ASSOCIADO segurado passará a concorrer a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês, a partir do segundo mês seguinte ao pagamento do prêmio de seguro. Valor da Premiação será de acordo com o plano associativo, brutos, conforme legislação em vigor. O número do sorteio e o Regulamento da promoção serão enviados juntamente com o Certificado Individual. SAC Icatu Capitalização 0800 286 0109 | Ouvidoria Icatu Seguros 0800 286 0047

Canais de atendimento Generali: Os benefícios e serviços, com exceção da Rede de Convênios, são garantidos pela GENERALI BRASIL SEGUROS S.A., CNPJ sob nº 33.072.307/0001-57, processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38. As Condições Gerais da apólice podem ser acessadas a qualquer tempo no endereço eletrônico www.generalibrasil.com.br. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Central de Relacionamento: 0800 545 1167 e 3004 9809 / SAC: 0800 889 0200 / Ouvidoria: 0800 880 3900 - Deficiente auditivo e/ou de fala: 0800 889 0400. Horário de atendimento Ouvidoria: de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h (exceto feriados municipais, estaduais e nacionais).



PROPOSTA DE ADESÃO AO SEGURO

Seguradora: Generali Brasil Seguros S.A. **Nº Apólice:** 75930006331 **Corretor:** CMG-Corretora de Seguros **Código SUSEP:** 1020371349

Estipulante SINDNAPI - Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical **CNPJ:** 04.040.532/0001-03

Nome do Associado / Proponente												Tipo		Nº do Benefício Previdenciário			
[Grid for Name]												[Grid for Type]		[Grid for Benefício]			

CPF				Doc. de Identificação								Órgão expedidor		Data de expedição	
[Grid for CPF]				[Grid for Doc. de Identificação]								[Grid for Órgão]		[Grid for Data]	

Nome da Mãe												Data de Nascimento		SEXO		Estado Civil	
[Grid for Name]												[Grid for Date]		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo		[Grid for Civil Status]	

Endereço (Rua, Avenida, Complemento)																		Nº		UF	
[Grid for Address]																		[Grid for Nº]		[Grid for UF]	

Bairro						Cidade						CEP			
[Grid for Bairro]						[Grid for Cidade]						[Grid for CEP]			

Você é Pessoa Exposta Politicamente (PEP)* ? SIM NÃO

E-mail: [Grid] Telefone: () [Grid] Celular: () [Grid]

Se Relacionamento próximo, informe o grau de relacionamento PEP**:

O próprio Filho(a) Irmão/Irmã Sobrinho(a) Primo(a) Genro / Nora Enteadado(a) Companheiro(a)
 Cônjuge Pai Mãe Tio(a) Avô / Avó Sogro(a) Neto(a) Outros

*Pessoa que ocupa ou ocupou, nos últimos 5 anos, cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior. **O proponente pode não ser pessoa exposta politicamente, mas possuir **RELACIONAMENTO PRÓXIMO** onde são considerados parentes, sócios, representantes ou quaisquer outras pessoas que se relacionem com alguma pessoa exposta politicamente.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Declaro para todos os fins e efeitos legais, que: (1) Estou em plenas condições de saúde; (2) Não estou em tratamento médico em regime hospitalar; (3) Estou ciente de que doenças pré-existentes à contratação deste seguro não estão cobertas; (4) Tive acesso integral, compreendi e concordo com todas as Condições Contratuais do Seguro, incluindo as Condições Gerais; e (5) estou de acordo com as **Condições dos Benefícios, Serviços e Assistências** desta proposta, bem como atesto a veracidade das informações em relação ao meu atual estado de saúde.

COBERTURAS E BENEFÍCIOS ASSOCIATIVOS

Morte	Morte Acidental	Auxílio Funeral	Assistência Funeral	Assistência Residencial	Assistência Medicamentos	Monitoramento Digital	Sorteio Mensal	Prêmio do Seguro
100% do valor mensal do benefício previdenciário, limitado R\$ 2.000,00	R\$ 18.000,00	Até R\$ 1.500,00 (válido para quem não usar assistência)	TITULAR até R\$ 4.000,00	TITULAR até 02 acionamentos com limite de R\$ 245,00 durante a vigência do certificado	Ilimitado (sem limites de valor e de eventos)	TITULAR	R\$ 15.000,00	Pago pelo Estipulante

COMISSÃO DE CORRETAGEM

Haverá pagamento de comissão de corretagem ao Corretor, mensalmente, no valor de 41% (Quarenta e um por cento) sobre o prêmio líquido pago, como também pagamento de agenciamento no valor de 24% (Vinte e quatro por cento) sobre o prêmio líquido pago na 1ª (primeira) parcela, 13ª (Décima terceira) parcela e 25ª (Vigésima quinta) parcela.

DECLARAÇÕES

Declaro que as informações contidas neste documento e seus anexos são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que tomei conhecimento na íntegra das Condições Gerais desta adesão, que foram integralmente lidas e aceitas por mim. Estou ciente de que, o SINDNAPI possui uma apólice de seguros de vida coletiva, contratada em benefício de seus associados, pelo regime não contributivo e, para fazer parte desse benefício e cumprir as formalizações exigidas pela regulamentação, assino a presente Proposta de Adesão ao Seguro Coletivo, na qualidade de Proponente. Tenho ciência de que o Seguro é não contributivo, ou seja, pago 100% pelo Estipulante. O início da vigência das coberturas individuais do seguro será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia útil do mês da confirmação da filiação. Ao aderir ao quadro associativo do SINDNAPI, estarei apto a integrar esta apólice, conforme condições apresentadas no presente documento. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro somente será liquidada após o pagamento do devido prêmio por parte do Estipulante, a caracterização da elegibilidade do evento coberto e o seu amparo pelo seguro e que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxaço do risco pela Seguradora, perderei o direito a qualquer indenização. Estou ciente, ainda, de que a aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco e que o não pagamento do prêmio por parte do Estipulante poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das condições contratuais do seguro e legislação aplicável à espécie. **A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da presente Proposta, sendo autorizada a solicitação de documentos complementares, uma única vez, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.** Estou ciente de que este seguro terá vigência de 36 (trinta e seis) meses. Havendo interesse na renovação do Seguro, deverei manifestar-me previamente neste sentido. O Proponente declara, que foi informado pelo Estipulante que o mesmo tem contrato de exclusividade com a Seguradora para a comercialização e oferta deste produto. Estou ciente, ainda, que o registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização e que poderei consultar a situação cadastral do corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF". Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo que meus dados pessoais serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em [<https://www.generalibrasil.com.br>].

POR ESTAR DE ACORDO COM ESTA PROPOSTA DE ADESÃO E CONDIÇÕES GERAIS, CONFIRMO QUE RECEBI UMA VIA DE IGUAL TEOR DA PRESENTE PROPOSTA DE ADESÃO. ASSINO:

LOCAL E DATA _____ ASSINATURA _____

DECLARAÇÃO DE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR **POLEGAR DIREITO TITULAR** **A rogo do (a) ASSOCIADO/PROPONENTE, assina o rogado**

Declaro que ouvi atentamente a leitura deste TERMO ASSOCIATIVO na presença das 02 (duas) testemunhas, tendo compreendido seu conteúdo, estando ciente de todas as condições e obrigações assumidas.	Testemunhas	
	1 NOME: _____ CPF: _____	2 NOME: _____ CPF: _____

COBERTURAS, PRÊMIO E BENEFICIÁRIOS LEGAIS

Tem cobertura o ASSOCIADO com idade **não superior a 80 (oitenta) anos** e que esteja com a sua contribuição associativa do Estipulante em dia no mês da ocorrência do evento, desde que, cumpridas as carências específicas de cada serviço/benefício. Sendo aceita a contratação, será emitido o Certificado Individual do Seguro. **Os Beneficiários são as pessoas físicas designadas para receber os valores dos Capitais Segurados na ocorrência do Sinistro coberto. Na falta de indicação expressa serão beneficiários aqueles indicados por lei. Caso queira, o ASSOCIADO segurado poderá alterar o beneficiário junto à Central de Atendimento.** O Seguro é não contributivo, ou seja, pago 100% pelo Estipulante.

ASSISTÊNCIAS E BENEFÍCIOS ADICIONAIS

Assistência Funeral: Serviço prestado pela MEMORIAL INTERNATIONAL BRASIL ASSISTENCIA FUNERARIA LTDA., CNPJ/MF sob o nº 20.181.091/0001-16. Tem por objetivo a prestação do serviço de Assistência funeral na hipótese de morte do ASSOCIADO segurado, no valor de até R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

O serviço não prevê reembolso. O ASSOCIADO segurado/familiar deverá entrar em contato com a central de atendimento (0800 591 2053), ocasião em que receberá as instruções necessárias.

Assistência Residencial: Serviço prestado pela INTEGRAL GROUP SOLUTION ASSISTENCIA LIMITADA, CNPJ/MF sob o nº 32.020.396/0001-25. O ASSOCIADO segurado deverá entrar em contato com a central de atendimento 0800 770 1290. **O serviço não prevê reembolso.**

Assistência Medicamentos: Serviço prestado pela BSF SAÚDE - CNPJ 202.595.406/0001-71. Tem por objetivo a aquisição gratuita de medicamentos genéricos, regulados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA - Associação Brasileira do Comércio Farmacêutico, comercializados em redes de farmácias e drogarias, pelo segurado oriundo de atendimento emergencial (pronto socorro) ou internação. O ASSOCIADO segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da BSF SAÚDE (0800 0386300) para apresentação e análise prévia do prontuário médico de atendimento emergencial ou internação do ASSOCIADO segurado. A assistência estará condicionada a autorização via Central de Atendimento após análise da documentação, validando a cobertura do evento, o segurado receberá as instruções necessárias para a retirada dos medicamentos nos estabelecimentos credenciados ou ainda sistema de reembolso em casos de aquisições em Farmácias não Credenciadas.

Monitoramento Digital: É um serviço prestado por Brbiz Tecnologia da Informação e Sistemas Ltda., registrada no CNPJ/MF sob o nº 10.433.047/0001-00, com objetivo de oferecer constante monitoramento e rastreamento, em auxílio à segurança e/ou proteção de dados pessoais e/ou financeiros na "web tradicional" e em bases de vazamento de dados, por intermédio da disponibilidade de "acesso à ferramenta você protegido" e de "alertas de monitoramento" devidamente qualificados por criticidade, facilitando o entendimento e tipo de exposição das informações. Em caso de dúvidas o ASSOCIADO poderá entrar em contato com a Central de Atendimento através do número (11) 4200 3100, para que possa receber as instruções necessárias. Os serviços somente serão prestados após ativação pelo Proponente através do passo a passo disposto no link <https://voceprotegido.com/generali>.

Sorteios: Título de Capitalização da Modalidade Incentivo emitido pela ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 74.267.170/0001-73, Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05. Ao contratar o seguro e atender às demais condições do Regulamento, o ASSOCIADO segurado passará a concorrer a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês, a partir do segundo mês seguinte ao pagamento do prêmio de seguro. Valor da Premiação será de acordo com o plano associativo, brutos, conforme legislação em vigor. O número do sorteio e o Regulamento da promoção serão enviados juntamente com o Certificado Individual. SAC Icatu Capitalização 0800 286 0109 | Ouvidoria Icatu Seguros 0800 286 0047

Canais de atendimento Generali: Os benefícios e serviços, com exceção da Rede de Convênios, são garantidos pela GENERALI BRASIL SEGUROS S.A., CNPJ sob nº 33.072.307/0001-57, processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38. As Condições Gerais da apólice podem ser acessadas a qualquer tempo no endereço eletrônico www.generalibrasil.com.br. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Central de Relacionamento: 0800 545 1167 e 3004 9809 / SAC: 0800 889 0200 / Ouvidoria: 0800 880 3900 - Deficiente auditivo e/ou de fala: 0800 889 0400. Horário de atendimento Ouvidoria: de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h (exceto feriados municipais, estaduais e nacionais).

POSTO / SUBSEDE MATRICULA TIPO P. Física P. Jurídica

PROPOSTA DE ADESÃO

Dados Pessoais - Nome										Renda	
<input type="text"/>										<input type="text"/>	
										Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Data Admissão		Data Nascimento		Estado Civil		Nacionalidade					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Rua/Avenida											
<input type="text"/>											
Número		Bairro				Telefone					
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>					
Cidade				Estado		CEP		Tipo Documento			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Nº Documento de Identificação				Data de Emissão		O.E	UF	CPF			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Naturalidade											
<input type="text"/>											
Nome da Mãe											
<input type="text"/>											
Nome do Pai											
<input type="text"/>											
Número do Benefício				Escolaridade							
<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Profissão											
<input type="text"/>											
Dados do Cônjuge - Nome										Renda	
<input type="text"/>										<input type="text"/>	
Data de Nascimento		Regime do Casamento									
<input type="text"/>		<input type="text"/>									
R.G (Cônjuge)				Data de Emissão		O.E	UF	CPF (Cônjuge)			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Naturalidade (Cônjuge)											
<input type="text"/>											
Nome do Pai (Cônjuge)											
<input type="text"/>											
Profissão (Cônjuge)											
<input type="text"/>											
1º Referencia - Nome						Telefone					
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
2º Referencia - Nome						Telefone					
<input type="text"/>						<input type="text"/>					

CLÁUSULA PRIMEIRA - Comprometo-me a atender o Regimento Interno e as políticas internas da Sicoob-CooperNapi, zelando pela imagem e seu desenvolvimento.

CLÁUSULA SEGUNDA - Neste ato informo ter o pleno conhecimento dos direitos e deveres conforme Estatuto Social e Regimento Interno.

CLÁUSULA TERCEIRA - Autorizo o débito automático, em conta corrente junto a Sicoob-CooperNapi, dos valores correspondentes a quota mensal de capital, empréstimos, prestação de serviços e outros decorrentes das operações da Sicoob-CooperNapi, caso a Sicoob-CooperNapi venha estabelecer convênio com Sindicato ou empregador. Desde já fica autorizado os devidos descontos.

Desde já declaro ser fidedignas as informações prestadas na ficha cadastral.

Local e Data

Assinatura do Associado

Assinatura do Diretor Presidente

Assinatura do Diretor

DESLIGAMENTO

Por Demissão:

Por Eliminação:

Por Exclusão:

Data: ____/____/____

ANEXAR A ESTA FICHA MATRÍCULA, XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

• RG e CPF (Sócio e Cônjuge) / CERTIDÃO DE CASAMENTO / COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA / EXTRATO DO ÚLTIMO BENEFÍCIO

OBSERVAÇÃO: Sem a assinatura do cooperado e sem a documentação completa citada acima, o cadastro junto à Sicoob-CooperNapi não será efetivado.



SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS
SINDNAPI

SINDNAPI- Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical

CNPJ: 04.040.532/0001-03

Endereço: Rua do Carmo,
171

Data Fundação: 15/06/2000

Bairro: Centro

Cidade: São Paulo

UF: SP

CEP: 01019-020

TERMO DE CONSENTIMENTO DE ACORDO COM A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD

Estamos empenhados em salvaguardar a sua privacidade ao estabelecer esta relação conosco. Este termo tem a finalidade de deixar o mais claro possível a nossa política de coleta e compartilhamento de dados, informando sobre os dados coletados e como os utilizamos. Ao utilizar os nossos serviços, você declara o seu **EXPRESSO CONSENTIMENTO** para coletarmos, tratarmos e armazenarmos dados sobre você quando julgarmos necessários à prestação de nossos serviços, tais como:

- **Informações fornecidas:** Coletamos os dados fornecidos pelo senhor (a) no cadastro, tais como nome completo, RG, CPF, NIT, PIS/PASEP, CTPS, data de nascimento, endereço para correspondência, endereço de e-mail, telefone de contato, número de benefício previdenciário, tipo de benefício previdenciário e demais dados decorrentes da concessão do benefício, foto, áudio autorizando o desconto da contribuição associativa e demais informações requeridas no cadastro.
- **Comunicação.** Podemos registrar e gravar todos os dados fornecidos em toda comunicação realizada com nossa equipe, seja por correio eletrônico, mensagens, telefone ou qualquer outro meio.

FINALIDADES: UTILIZAÇÃO DESTAS INFORMAÇÕES

Ao se associar ao SINDNAPI o senhor (a) AUTORIZA EXPRESSAMENTE o uso destas informações para as seguintes FINALIDADES:

- **Fornecer, melhorar e desenvolver nosso serviços:** Utilizamos os seus dados para melhorar a qualidade dos nossos serviços, por meio da personalização do serviço prestado.
- **Obrigações legais.** Compartilhamos seus dados com terceiros para cumprir exigências legais, regulatórias ou fiscais, envolvendo a divulgação de seus dados pessoais a terceiros, a um tribunal, reguladores, fiscalizadores ou agências governamentais.

COMPARTILHAMENTO DE DADOS

Compartilhamos os seus dados com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, para fins de viabilizar o desconto da contribuição associativa e o processamento de dados, bem como para tornar a utilização de nossos serviços mais relevantes e eficientes à sua finalidade. Compartilhamos seus dados com terceiros para cumprir exigências legais, regulatórias ou fiscais, envolvendo a divulgação de seus dados pessoais a terceiros, a um tribunal, reguladores, fiscalizador ou agências governamentais.

ONDE ARMAZENAMOS E PROCESSAMOS SEUS DADOS

Os dados coletados são armazenados e processados exclusivamente no Datacenter próprio, localizado à Rua do Carmo, 171, para fins de melhorar o desempenho e proteger os dados no caso de uma falha ou outro problema.

RESPONSABILIDADES DO CONTROLADOR E MEDIDAS DE SEGURANÇA

Todos os dados que o senhor (a) nos fornece são tratados unicamente para atingir as finalidades acima listadas. Estes dados são armazenados em servidores seguros nossos ou de fornecedores contratados, acessados e utilizados de acordo com nossas políticas e padrões de segurança. Todo o tráfego entre nossos servidores ou entre o seu computador e nossos servidores é encriptado por meio do protocolo seguro SSL ou semelhante. Tomamos medidas de boas práticas e certificações existentes no mercado para garantir que os dados que coletamos sejam processados de acordo com segurança onde quer que os dados estejam localizados.

QUANTO TEMPO VAMOS ARMAZENAR SUAS INFORMAÇÕES

Nós manteremos as informações que coletamos de você até que ocorra a solicitação de exclusão definitiva por sua parte. Neste caso, nós cessaremos imediatamente a utilização dos seus dados para fins associação, porém armazenaremos os seus dados enquanto tenhamos obrigações legais, tributárias ou judiciais a cumprir com tais dados.

DADOS DO ENCARREGADO PELOS DADOS

A gestão dos seus dados é feita por Luiz Antônio Adriano da Silva, e o senhor (a) pode entrar em contato com o Encarregado pelos seus dados por meio do e-mail: sindnapi.lgpd@sindicatodosaposentados.org.br. Você também tem o direito de contatar diretamente a Autoridade de Proteção de Dados brasileira.

DIREITOS DO TITULAR DOS DADOS

O titular dos dados pessoais tem direito a obter do controlador, em relação aos dados do titular por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição, conforme previsão do art. 17 da LGPD.

COMO ACESSAR E CONTROLAR SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS

Você pode solicitar informações, alteração, esclarecimentos ou exclusão de seus dados por meio do contato suportefichas@sindicatodosaposentados.org.br. Vamos exercer imediatamente as solicitações, nos termos da lei de proteção de dados aplicável.

COMO ENTRAR EM CONTATO CONOSCO

E-mail: duvidas@sindicatodosaposentados.org.br | Telefone: (11) 3293-7500 e (11) 3531-4600 | WhatsApp: (11) 96348-7396 | Endereço: Rua do Carmo, 171 – Centro – São Paulo/SP – CEP: 01019-020

Local e Data

Assinatura



SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS
SINDNAPI

SINDNAPI- Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical

CNPJ: 04.040.532/0001-03

Endereço: Rua do Carmo,
171

Data Fundação: 15/06/2000

Bairro: Centro

Cidade: São Paulo

UF: SP

CEP: 01019-020

TERMO DE CONSENTIMENTO DE ACORDO COM A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD

Estamos empenhados em salvaguardar a sua privacidade ao estabelecer esta relação conosco. Este termo tem a finalidade de deixar o mais claro possível a nossa política de coleta e compartilhamento de dados, informando sobre os dados coletados e como os utilizamos. Ao utilizar os nossos serviços, você declara o seu **EXPRESSO CONSENTIMENTO** para coletarmos, tratarmos e armazenarmos dados sobre você quando julgarmos necessários à prestação de nossos serviços, tais como:

- **Informações fornecidas:** Coletamos os dados fornecidos pelo senhor (a) no cadastro, tais como nome completo, RG, CPF, NIT, PIS/PASEP, CTPS, data de nascimento, endereço para correspondência, endereço de e-mail, telefone de contato, número de benefício previdenciário, tipo de benefício previdenciário e demais dados decorrentes da concessão do benefício, foto, áudio autorizando o desconto da contribuição associativa e demais informações requeridas no cadastro.
- **Comunicação.** Podemos registrar e gravar todos os dados fornecidos em toda comunicação realizada com nossa equipe, seja por correio eletrônico, mensagens, telefone ou qualquer outro meio.

FINALIDADES: UTILIZAÇÃO DESTAS INFORMAÇÕES

Ao se associar ao SINDNAPI o senhor (a) AUTORIZA EXPRESSAMENTE o uso destas informações para as seguintes FINALIDADES:

- **Fornecer, melhorar e desenvolver nosso serviços:** Utilizamos os seus dados para melhorar a qualidade dos nossos serviços, por meio da personalização do serviço prestado.
- **Obrigações legais.** Compartilhamos seus dados com terceiros para cumprir exigências legais, regulatórias ou fiscais, envolvendo a divulgação de seus dados pessoais a terceiros, a um tribunal, reguladores, fiscalizadores ou agências governamentais.

COMPARTILHAMENTO DE DADOS

Compartilhamos os seus dados com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, para fins de viabilizar o desconto da contribuição associativa e o processamento de dados, bem como para tornar a utilização de nossos serviços mais relevantes e eficientes à sua finalidade. Compartilhamos seus dados com terceiros para cumprir exigências legais, regulatórias ou fiscais, envolvendo a divulgação de seus dados pessoais a terceiros, a um tribunal, reguladores, fiscalizador ou agências governamentais.

ONDE ARMAZENAMOS E PROCESSAMOS SEUS DADOS

Os dados coletados são armazenados e processados exclusivamente no Datacenter próprio, localizado à Rua do Carmo, 171, para fins de melhorar o desempenho e proteger os dados no caso de uma falha ou outro problema.

RESPONSABILIDADES DO CONTROLADOR E MEDIDAS DE SEGURANÇA

Todos os dados que o senhor (a) nos fornece são tratados unicamente para atingir as finalidades acima listadas. Estes dados são armazenados em servidores seguros nossos ou de fornecedores contratados, acessados e utilizados de acordo com nossas políticas e padrões de segurança. Todo o tráfego entre nossos servidores ou entre o seu computador e nossos servidores é encriptado por meio do protocolo seguro SSL ou semelhante. Tomamos medidas de boas práticas e certificações existentes no mercado para garantir que os dados que coletamos sejam processados de acordo com segurança onde quer que os dados estejam localizados.

QUANTO TEMPO VAMOS ARMAZENAR SUAS INFORMAÇÕES

Nós manteremos as informações que coletamos de você até que ocorra a solicitação de exclusão definitiva por sua parte. Neste caso, nós cessaremos imediatamente a utilização dos seus dados para fins associação, porém armazenaremos os seus dados enquanto tenhamos obrigações legais, tributárias ou judiciais a cumprir com tais dados.

DADOS DO ENCARREGADO PELOS DADOS

A gestão dos seus dados é feita por Luiz Antônio Adriano da Silva, e o senhor (a) pode entrar em contato com o Encarregado pelos seus dados por meio do e-mail: sindnapi.lgpd@sindicatodosaposentados.org.br. Você também tem o direito de contatar diretamente a Autoridade de Proteção de Dados brasileira.

DIREITOS DO TITULAR DOS DADOS

O titular dos dados pessoais tem direito a obter do controlador, em relação aos dados do titular por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição, conforme previsão do art. 17 da LGPD.

COMO ACESSAR E CONTROLAR SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS

Você pode solicitar informações, alteração, esclarecimentos ou exclusão de seus dados por meio do contato suportefichas@sindicatodosaposentados.org.br. Vamos exercer imediatamente as solicitações, nos termos da lei de proteção de dados aplicável.

COMO ENTRAR EM CONTATO CONOSCO

E-mail: duvidas@sindicatodosaposentados.org.br | Telefone: (11) 3293-7500 e (11) 3531-4600 | WhatsApp: (11) 96348-7396 | Endereço: Rua do Carmo, 171 - Centro - São Paulo/SP - CEP: 01019-020

Local e Data

Assinatura



**EU FAÇO PARTE
DO SINDNAPI**



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS**



Proteção Social aos
Aposentados do Brasil