



SIPESP

PROPOSTAS DE SEGURO - VIDA EM GRUPO

ESTIPULANTE:

SINDICATO DOS INVESTIGADORES DE POLICIA DO EST. S. PAULO

NOME DO PROPONENTE:	Est Civil:	
CPF:	DT. NASCIMENTO:	Sexo:

ENDEREÇO:	Nº		
Complemento:	BAIRRO:	CIDADE:	UF:

	NOME DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE:	GRAU DE PARENTESCO:	%
01			
02			
03			
04			

TABELA DE CUSTOS POR ADESÃO - MARQUE A OPÇÃO:

VALIDADE: 31/08/2023 A 31/08/2024

	MORTE POR QQ CAUSA	MORTE PCR ACIDENTE	INV. PERM. POR ACID	CUSTO MENSAL	OPÇÃO: X
1	5.000,00	750,00	5.000,00	8,65	
2	10.000,00	1.500,00	10.000,00	13,66	
3	15.000,00	2.250,00	15.000,00	18,68	
4	20.000,00	3.000,00	20.000,00	23,70	
5	25.000,00	3.750,00	25.000,00	28,72	
6	30.000,00	4.500,00	30.000,00	33,73	
7	35.000,00	5.250,00	35.000,00	38,75	
8	40.000,00	6.000,00	40.000,00	43,77	
9	45.000,00	6.750,00	45.000,00	48,79	
10	50.000,00	7.500,00	50.000,00	53,80	
11	55.000,00	8.250,00	55.000,00	58,82	
12	60.000,00	9.000,00	60.000,00	63,84	
13	65.000,00	9.750,00	65.000,00	68,86	
14	70.000,00	10.500,00	70.000,00	73,87	
15	75.000,00	11.250,00	75.000,00	78,89	
16	80.000,00	12.000,00	80.000,00	83,91	
17	85.000,00	12.750,00	85.000,00	88,92	
18	90.000,00	13.500,00	90.000,00	93,94	
19	95.000,00	14.250,00	95.000,00	98,96	
20	100.000,00	15.000,00	100.000,00	103,98	

OBS.: O Limite para Assistência Funeral é de até R\$ 5.000,00.

Em caso de Assistência Funeral ligue: 0800.555.235 (Atendimento somente por esse Canal)

Limite Máximo de Idade: 65 anos.

Autorizo o Estipulante acima indicado, a deduzir da minha folha de pagamento, a importância necessária acima optada, para cobrir minha parte no custo do seguro de Vida em Grupo, ao qual tenha ou possa ter direito, de acordo com as Condições Gerais da Apólice.

Declaro também, que encontro-me apto e saudável para a execução das atividades dos trabalhos, bem como, não me encontro em licença médica.

Data: ___/___/_____

Assinatura do Proponente