

# MANUAL DE REGRAS E ORIENTAÇÕES

2024



Seguro  
**Bem-Estar  
Integral**



centraldos  
benefícios

## PARABÉNS!

Você tem direito a um benefício que possui várias assistências e coberturas. Isso significa que em diferentes momentos da sua vida, você poderá usufruir de apoio financeiro, de qualidade de vida e de bem-estar.

A empresa também está protegida, por meio de assistências que lhe darão suporte quando precisar fazer investimentos na equipe.

É um benefício em que todos ganham!



**Conheça aqui cada um dos ganhos que o Seguro Bem-Estar Integral tem para você!**

**Aproveite e seja muito feliz!**

# ÍNDICE

## CONSULTE AQUI OS PRINCIPAIS TERMOS E ORIENTAÇÕES GERAIS DO SEU BENEFÍCIO

O QUE É UM FATO GERADOR? .....	5
O QUE SÃO REQUISITOS? .....	5
O QUE SÃO ASSISTÊNCIAS? .....	5
O QUE SÃO COBERTURAS SECURITÁRIAS? .....	6
COMO REQUERER O BENEFÍCIO .....	6
ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO .....	6
PRAZOS .....	7
A APROVAÇÃO DO PEDIDO .....	8
CERTIFICADO INDIVIDUAL .....	8

## 1. ASSISTÊNCIAS DISPONÍVEIS PARA O COLABORADOR

1.1. KIT NATALIDADE .....	9
1.2. CESTA BÁSICA .....	10
1.3. COMPLEMENTO DE REMUNERAÇÃO POR AFASTAMENTO .....	11
1.4. REEMBOLSO CRECHE .....	12
1.5. CASAMENTO .....	13
1.6. APOSENTADORIA .....	14
1.7. REEMBOLSO MATERIAL ESCOLAR .....	15
1.8. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL .....	16
1.9. ASSISTÊNCIA FITNESS .....	17
1.10. ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA .....	18
1.11. ASSISTÊNCIA JURÍDICA .....	18
1.12 ASSISTÊNCIA CONSULTA PRESENCIAL NACIONAL .....	19
1.13 ASSISTÊNCIA REEMBOLSO MEDICAMENTOS .....	20
1.14. EINSTEIN CONECTA .....	22
1.15. CLUBE DE VANTAGENS .....	22

## 2. COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA O COLABORADOR

2.1. MORTE ACIDENTAL - MA .....	23
2.2. DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA .....	23
2.3. QUATRO SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA) .....	24

## 3. ASSISTÊNCIAS DISPONÍVEIS PARA O EMPREGADOR/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

3.1. REEMBOLSO DE RESCISÃO .....	25
3.2. CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL .....	26
3.3. LICENÇA-PATERNIDADE .....	27
3.4. LICENÇA-MATERNIDADE .....	28
3.5. AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE COLABORADOR .....	29
3.6. ASSISTÊNCIA BEM + RH .....	30

## 4. COBERTURA SECURITÁRIA DISPONÍVEL PARA O EMPREGADOR/RESPONSÁVEL FINANCEIRO

4.1. RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL .....	31
--	----

## TABELAS DE ASSISTÊNCIAS E COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA O COLABORADOR

ASSISTÊNCIAS .....	32
COBERTURAS SECURITÁRIAS .....	33

## TABELAS DE ASSISTÊNCIAS E COBERTURA SECURITÁRIA PARA A EMPRESA

ASSISTÊNCIAS / COBERTURA SECURITÁRIA .....	34
--	----

DO RELACIONAMENTO ENTRE A PROAGIR E AS ASSOCIADAS .....	35
---	----

ORIENTAÇÕES DE GARANTIA .....	36
-------------------------------	----

## ANEXOS

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO .....	38
DECLARAÇÃO .....	39

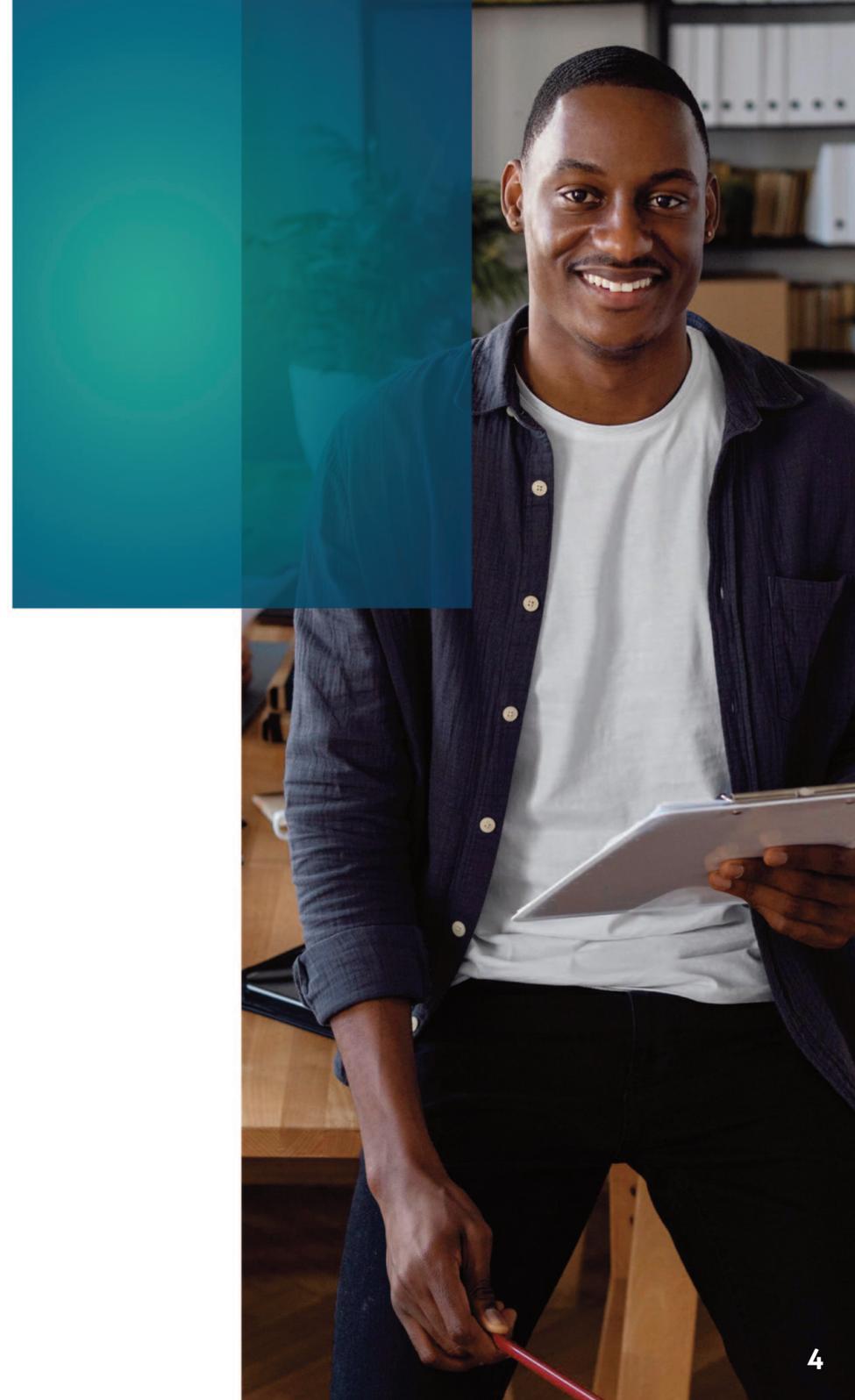
## O MANUAL DE REGRAS E ORIENTAÇÕES

Este é um manual completo dos benefícios que integram o Seguro Bem-Estar Integral, que é constituído por coberturas securitárias e assistências, garantidos pela Companhia Seguradora.

As previsões contidas neste manual oferecem todas as informações necessárias sobre os procedimentos a serem adotados para que o titular possa usufruir dos serviços contratados, assim como os direitos e deveres que deverão ser observados pelas partes. Recomendamos ao titular que leia com atenção, previamente à contratação, e esclareça todas as dúvidas que possam surgir.

**Entre em contato conosco de segunda a sexta-feira (dias úteis), das 8h às 18h (horário de Brasília), pelos telefones:**

- (31) 3297-5353
- 0800 941 0123
- WhatsApp: (31) 3297-5353



## REGRAS GERAIS:

Consulte aqui os principais termos e orientações gerais do seu benefício:

**a) O QUE É UM FATO GERADOR?**

É a ocorrência de um evento, previsto neste Manual, que dá direito à utilização do benefício.

**b) O QUE SÃO REQUISITOS?**

São exigências, previstas neste Manual, que variam de acordo com cada benefício e que precisam ser atendidas pelo colaborador para que tenha direito ao recebimento.

**c) O QUE SÃO ASSISTÊNCIAS?**

São serviços que estão incluídos no Seguro Bem-Estar Integral e que poderão ser utilizados pelo segurado, caso ocorra o fato gerador.

**d) O QUE SÃO COBERTURAS SECURITÁRIAS?**

São garantias estabelecidas no certificado de seguro que garantem ao segurado o recebimento do capital segurado ou indenização, caso ocorra o evento futuro previsto nas condições do seguro.

**e) COMO REQUERER O BENEFÍCIO:**

O titular deverá entrar em contato com a Central dos Benefícios pelo e-mail [sinistro@centraldosbeneficios.com.br](mailto:sinistro@centraldosbeneficios.com.br), quando será avaliada a ocorrência do fato gerador e todos os requisitos.

**f) ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO:**

O titular deverá enviar os documentos necessários para a análise do pedido, sem os quais não será possível autorizar o pagamento. Em alguns casos, podem ser requeridos documentos complementares e/ou documentos originais para conferência.

Os documentos precisam ser enviados de forma completa, legível e sem rasuras. A não substituição de documentos defeituosos poderá ocasionar o arquivamento do pedido sem deferimento do benefício.

**g) PRAZOS:**

A vigência de todos os benefícios contidos no Seguro Bem-Estar Integral terá início no primeiro dia do mês em que a empresa fizer a inclusão dos colaboradores no Sistema Integrado de Benefícios, sendo que fatos geradores anteriores a esse cadastro não terão cobertura técnica.

A assistência deve ser solicitada o mais rápido possível. O prazo prescricional é de 1 (um) ano a partir da ocorrência do fato gerador. Os pagamentos ocorrerão em até 05 (cinco) dias úteis após a decisão de deferimento da assistência, que ocorre a análise em até 30 (trinta) dias.

No caso das coberturas securitárias, caso o segurado ou beneficiário não proceda à abertura do sinistro no prazo prescricional previsto no Código Civil, a companhia de seguros poderá recusar o pagamento do capital segurado.

Em caso de sinistro coberto, o pagamento da indenização será realizado no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a apresentação de todos os documentos requisitados.

O prazo para o pagamento do sorteio é de até 30 dias após a data de sua realização. O contemplado tem 180 dias para solicitar o valor para seguradora.

Em caso de solicitação de documentação complementar ou substituição de documentos rasurados ou incompreensíveis, o prazo ficará suspenso, e será retomado a partir da entrega dos documentos faltantes.

## **h) A APROVAÇÃO DO PEDIDO:**

Ocorrerá sempre que houver, concomitantemente:

- O enquadramento de todos os requisitos previstos no benefício;
- A apresentação dos documentos solicitados dentro do prazo, contados a partir da ocorrência do fato gerador;
- O pagamento do prêmio do seguro pelo responsável financeiro dentro dos prazos de vencimento;
- O segurado deve estar vigente no Seguro Bem-Estar Integral e com contrato de trabalho vigente na data do fato gerador.

## **i) CERTIFICADO INDIVIDUAL:**

Todos os titulares receberão um certificado individual, contendo todos os benefícios contratados.

## 1 - ASSISTÊNCIAS DISPONÍVEIS PARA O COLABORADOR

Confira na frente de cada item a qual plano pertence a assistência/cobertura. O índice encontra-se no final da página.



### 1.1. KIT NATALIDADE **D O P B2**

Fornecimento de um kit de produtos úteis ao cuidado da saúde da criança e da mãe, para a titular puérpera ou mãe adotante de criança com até 12 (doze) meses de idade. Os produtos, quantidades e marcas serão determinadas pela empresa de assistência. Para que a entrega do Kit Natalidade seja bem-sucedida, a titular deverá fazer a conferência de suas informações cadastrais ao requerer o benefício. Após confirmação dos dados, não será mais possível alterá-los.

#### REQUISITOS:

- O Kit Natalidade deverá ser recebido pela própria titular ou por um representante maior de 18 (dezoito) anos, portando documento de identificação, que deverá assinar o Aviso de Recebimento.
- Caso a titular resida em apartamento, deverá verificar a necessidade de autorizar o recebimento pelo porteiro ou representante do condomínio.
- Caso a entrega do Kit Natalidade não seja efetivada por um dos fatores citados acima, a titular será responsável pelo custo do reenvio, que deverá ser pago previamente por transferência bancária.

**ATENÇÃO:** o Kit Natalidade não poderá ser substituído por outras formas de pagamento ou produtos de natureza distinta. Em caso de filho natimorto, o benefício não será deferido.

**Fato gerador:** nascimento ou adoção de filho(a) pela colaboradora titular com até 12 (doze) meses de idade.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;
  - b) Certidão de Nascimento do(a) filho(a) da titular;
  - c) Decisão judicial que comprove a adoção ou guarda provisória com a finalidade de adoção;
  - d) Carteira de identidade e CPF da titular do benefício;
  - e) Comprovante de endereço atualizado em nome da titular do benefício.
- 



### 1.2. CESTA BÁSICA **D O P**

Fornecimento de 01 (um) cartão alimentação ao titular afastado do trabalho por doença, por período superior a 60 (sessenta) dias, deferido pelo INSS. O cartão conterá o valor determinado na tabela anexa. Será remetido para a residência do titular, entidade sindical ou empresa empregadora, conforme definição prévia.

O cartão cesta básica não poderá ser substituído por outras formas de pagamento. Esse benefício está limitado a 01 (uma) ocorrência por ano, por titular.

**Fato gerador:** afastamento do trabalho por doença por prazo superior a 60 (sessenta) dias, deferido pelo INSS.

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;
- b) Carta de afastamento por doença expedida pelo INSS;
- c) Carteira de identidade e CPF do titular;
- d) Comprovante atualizado de endereço em nome do titular do benefício.



### 1.3. COMPLEMENTO DE REMUNERAÇÃO POR AFASTAMENTO **D O P B1 B2**

Concede ao titular afastado do trabalho por doença por período superior a 90 (noventa) dias, deferido pelo INSS, valor complementar a sua remuneração, conforme previsão contida na tabela anexa.

O pagamento será realizado por meio de transação bancária ou outros meios convencionados pelas partes.

Esse benefício está limitado a 02 (duas) ocorrências por ano, por titular, em caso de novo deferimento/benefício dado pelo INSS.

**Fato gerador:** afastamento do trabalho por doença por período superior a 90 (noventa) dias, deferido pelo INSS.

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;

- b) Carta de afastamento expedida pelo INSS;
- c) Carteira de identidade e CPF do titular;
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregado titular.



#### 1.4. REEMBOLSO CRECHE **D O P B1 B2**

Concede ao titular um auxílio financeiro, na forma de reembolso de valores pagos à creche particular, para matrícula ou primeira mensalidade e eventuais custos para a manutenção do filho na creche, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, onde o filho, de até 36 (trinta e seis) meses de idade completos, esteja matriculado.

Esse benefício será concedido uma única vez por ano para cada filho, limitado a 02 (dois) filhos.

O reembolso será realizado por meio de transação bancária ou outras formas convencionadas pelas partes.

Na hipótese de ambos os genitores serem colaboradores titulares, ainda que em empresas distintas, será deferido apenas um reembolso.

**Fato gerador:** pagamento da matrícula ou primeira mensalidade do filho em creche particular.

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;
- c) Contrato ou declaração da matrícula do filho em creche particular (deve constar a data da matrícula);
- d) Carteira de identidade e CPF do titular;
- e) Comprovante de pagamento da matrícula ou primeira mensalidade, admitidos apenas Nota Fiscal ou Cupom Fiscal.
- f) Formulário, em anexo, devidamente impresso no papel timbrado da creche, com assinatura do departamento financeiro ou diretor da instituição de ensino, identificada por carimbo;
- g) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do titular.



### 1.5. CASAMENTO **D O P B1 B2**

Concede uma gratificação financeira ao titular, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, na ocorrência de casamento civil ou união estável firmados em cartório.

O reembolso será realizado por meio de transação bancária ou outros meios convencionados pelas partes.

**Fato gerador:** casamento civil ou união estável do titular firmados em cartório.

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;
  - b) Cópia da Certidão de Casamento ou União Estável expedida pelo cartório;
  - c) Carteira de identidade e CPF do titular;
  - d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do titular.
- 



### 1.6. APOSENTADORIA **D** **O**

Concede uma gratificação financeira ao titular quando da sua aposentadoria por tempo de contribuição, idade ou invalidez, nos valores constantes na tabela anexa.

A verba será depositada diretamente na conta bancária do colaborador titular.

O pagamento será realizado por meio de transação bancária ou outras formas convencionadas pelas partes.

**Fato gerador:** deferimento de aposentadoria pelo INSS.

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Carta de concessão da aposentadoria expedida pelo INSS;
- b) Carteira de identidade e CPF do titular;
- c) Cópia da carteira de trabalho;
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do titular.



### 1.7. REEMBOLSO MATERIAL ESCOLAR **D O P**

Concede ao titular o reembolso de gastos com a compra de material escolar para utilização do(s) filho(s) matriculado(s) no ensino fundamental I, em escola particular, até o limite e na forma determinada na tabela anexa. O ensino fundamental I compreende a fase do 1º ao 5º ano.

A aquisição do material escolar deve ser realizada em até 90 (noventa) dias corridos a partir da data da matrícula, e serão aceitos apenas materiais que constarem na lista da escola.

A concessão está limitada a uma única vez por ano, por titular.

O pagamento será realizado por meio de transação bancária ou outros meios convencionados pelas partes.

**Fato gerador:** data de aquisição de material escolar, realizada em até 90 (noventa) dias após a matrícula em escola particular.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

### Documentos obrigatórios para requerimento:

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;
- b) Cópia da Certidão de Nascimento do(s) filho(s);
- c) Contrato ou declaração da matrícula do(s) filho(s) no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano), em escola particular;
- d) Formulário, em anexo, devidamente impresso no papel timbrado da escola, com assinatura do departamento financeiro ou diretor da instituição de ensino, identificada por carimbo;
- e) Lista de material escolar do ano correspondente e da instituição de ensino fundamental I no qual o(s) filho(s) do titular se encontra(m) matriculado(s);
- f) Nota fiscal ou cupom fiscal de aquisição dos materiais escolares, que constem obrigatoriamente na lista de material escolar do(s) filho(s) matriculado(s) no ensino fundamental I, em nome do titular. Se o material for adquirido na própria escola, deve-se enviar uma declaração em papel timbrado, com assinatura do departamento financeiro ou diretor da instituição de ensino, identificada por carimbo, informando o valor da compra, itens adquiridos e nome do titular;
- g) Carteira de identidade e CPF do titular;
- h) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do titular.



## 1.8. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL **S** **D** **O**

Assistência nutricional ao titular, com atendimento pelo telefone e videochamada com periodicidade de 01 (um) atendimento por mês, prestado por profissionais legalmente habilitados.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

A assistência consiste na orientação relacionada aos melhores hábitos alimentares, indicação de alimentos, refeições diárias, horários ideais para alimentação, elaboração de cardápios personalizados e esclarecimento de dúvidas.

O agendamento deverá ser realizado de segunda a sexta-feira (dias úteis), das 8h às 18h (horário de Brasília), pelo chat no site ou WhatsApp: (31) 3297-5353. Em caso de dúvida, o beneficiário deverá entrar em contato com o atendimento da Central dos Benefícios.

Os atendimentos serão realizados das 8h às 20h (horário de Brasília), conforme agendamento.



### 1.9. ASSISTÊNCIA FITNESS **S** **D** **O**

Assistência em treinamento físico ao titular, com atendimento pelo telefone e videochamada com periodicidade de 01 (um) atendimento por mês, prestada por profissionais legalmente habilitados.

A assistência consiste na orientação sobre programas de atividades físicas, de acordo com a capacidade e evolução corporal do interessado, preparação de treinos personalizados, auxílio na prevenção e recuperação de lesões, incentivo para a prática consciente de exercícios e adequada à rotina.

O agendamento deverá ser realizado de segunda a sexta-feira (dias úteis), das 8h às 18h (horário de Brasília), pelo chat no site ou WhatsApp: (31) 3297-5353.

Em caso de dúvida, o beneficiário deverá entrar em contato com o atendimento da Central dos Benefícios.

Os atendimentos serão realizados das 8h às 20h (horário de Brasília), conforme agendamento.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2



### 1.10. ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA **S** **D** **O**

Assistência psicológica ao titular, com atendimento por telefone ou videochamada, prestada por profissionais legalmente habilitados.

A assistência consiste no atendimento psicológico, com até 45 (quarenta e cinco) minutos de duração e com periodicidade de 02 (duas) vezes por mês, conforme disponibilidade, com a finalidade de tratar as questões emocionais, comportamentais, existenciais ou psiquiátricas, priorizando o cuidado com a saúde mental.



### 1.11. ASSISTÊNCIA JURÍDICA **D** **O**

Assessoria jurídica nas áreas trabalhista, previdenciária, de família e consumo, para orientações sobre eventuais conflitos nestes assuntos. Não contempla a propositura de medidas extrajudiciais ou judiciais.

A assistência jurídica será prestada diretamente ao titular, com a periodicidade de 02 (dois) atendimentos por mês, por meio do chat dinâmico ou parecer. Os atendimentos por chat terão duração de até 30 (trinta) minutos e o parecer jurídico será enviado em até 48 horas úteis após finalização da consulta.

O agendamento deverá ser realizado de segunda a sexta-feira (dias úteis), das 8h às 18h (horário de Brasília), pelo chat no site ou WhatsApp: (31) 3297-5353.

Em caso de dúvida, o beneficiário deverá entrar em contato com o atendimento da Central dos Benefícios.

Os atendimentos serão realizados das 9h às 17h (horário de Brasília), conforme agendamento.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2



## 1.12. ASSISTÊNCIA CONSULTA PRESENCIAL NACIONAL **S**

Concede ao titular o direito de realizar uma consulta mensal em uma das seguintes especialidades: cardiologia, urologia, ginecologia, ortopedia, dermatologia e oftalmologista, com uma limitação de pagamento pelo beneficiário no valor único de R\$ 50,00 (cinquenta reais), que poderá ser realizado no ato do atendimento ou de forma antecipada. Essa concessão é válida para 01 (uma) consulta por mês por beneficiário ativo no seguro, mediante agendamento da clínica parceira.

Na indisponibilidade para consultas da especialidade no município do beneficiário, será realizada a marcação em cidade próxima, num raio de até 100 km de distância.

Excepcionalmente nas situações em que esse agendamento não for possível, será realizado o reembolso de até R\$ 50,00 da consulta particular, mediante envio de nota ou cupom fiscal, com a descrição da especialidade.

Para usufruir do benefício, inicialmente, é necessário agendar um atendimento com o profissional especializado junto a nossa equipe de agendamento. O agendamento deverá ser realizado de segunda a sexta-feira (dias úteis), através do 0800-9410-123, chat no site ou WhatsApp: (31) 3297-5353.

Somente após esse primeiro contato, haverá o encaminhamento do beneficiário para o atendimento via Telemedicina ou para as especialidades aptas, junto às clínicas parceiras próximas de sua localidade.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

O agendamento para a consulta com a clínica especializada ou com a Telemedicina será feito em até 72 (setenta e duas) horas após o atendimento com nossa equipe interna, tendo prazo máximo de 30 dias para agendamento junto às clínicas parceiras, telemedicina ou ao eventual reembolso, respeitando ainda a disponibilidade de agenda do beneficiário e das clínicas parceiras.

\* O agendamento com o profissional especializado, para marcação das consultas, será realizado conforme agenda do mesmo.



### 1.13. ASSISTÊNCIA REEMBOLSO MEDICAMENTOS **S**

Concede ao titular o reembolso dos valores pagos na aquisição de medicamentos genéricos, de via de administração oral, até o limite e nas condições determinadas na tabela anexa.

O pagamento será realizado por meio de transação bancária ou por outros meios convencionados entre as partes.

Esse benefício está limitado a 01 (uma) ocorrência por mês, por titular, no período de validade da receita.

O reembolso para medicamentos será concedido quando prescritos na apresentação genérica e oral, utilizando a receita azul ou amarela, conforme estabelecido pela legislação atual. Somente serão reembolsados os medicamentos prescritos por médicos vinculados ao nosso benefício de telemedicina ou através da nossa Assistência de Consulta Presencial Nacional.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

O receituário deverá ser nominal, individualizado para o titular, assinado, datado e carimbado pelo médico.

**Fato gerador:** data de aquisição de medicamento genérico.

**Documentos obrigatórios para requerimento:**

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio ou cópia do último holerite anterior à data da ocorrência;
- b) Cópia do receituário médico azul ou amarelo, que deverá ser nominal, individualizado para o titular, assinado, datado e carimbado pelo médico. A prescrição deve estar vinculada ao nosso serviço de Telemedicina ou à Assistência de Consulta Presencial Nacional.
- c) Nota fiscal ou cupom fiscal de aquisição dos medicamentos genéricos, que constem obrigatoriamente no receituário médico e em nome do titular.
- d) Carteira de identidade e CPF do titular do benefício;
- e) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido.
- f) A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do titular.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2



#### 1.14. EINSTEIN CONECTA **S** **D**

O Einstein Conecta consiste em um serviço de atendimento médico on-line, pelo celular ou computador, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana. Para utilização é necessário ter acesso a internet e fazer cadastro na plataforma <https://www.einstein.br/conecta> ou, pelo aplicativo "Einstein Conecta", disponível na App Store e Google Play.

O atendimento é de acordo coma fila de espera, pelo App ou site, após o login com usuário e senha previamente cadastrados.



#### 1.15. CLUBE DE VANTAGENS **S** **D** **O** **P** **B1** **B2**

Rede com descontos em lojas físicas e virtuais, disponíveis 72h após à adesão ao contrato de assistência. Consulte a relação atualizada de lojas conveniadas pelo site [www.centraldosbeneficios.com.br](http://www.centraldosbeneficios.com.br).

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

## 2 - COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA O COLABORADOR



### 2.1. MORTE ACIDENTAL - MA **S** **D** **O** **P** **B1** **B2**

Esta cláusula, desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de morte do segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta cláusula, das condições gerais e as demais disposições contratuais.



### 2.2. DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA **S** **D** **O** **P** **B1** **B2**

Esta cláusula, desde que contratada, garante ao segurado o pagamento de uma indenização, em caso de sua hospitalização causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta cláusula, das condições gerais e as demais disposições contratuais.

As indenizações previstas nesta cláusula serão devidas após decorrido o período de franquia de 12h e respeitado o limite de até 30 diárias, no valor de R\$ 200,00 cada diária.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2



### 2.3. QUATRO SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA)



Os segurados ativos concorrerão a 04 (quatro) sorteios líquidos de R\$ 500,00 (quinhentos reais), sobre o qual já incidirá 25% (vinte e cinco por cento) de Imposto de Renda sobre o valor bruto conforme legislação vigente, 04 (quatro) vezes ao mês, aos sábados, no mês que tiver 05 (cinco) sábados, o sorteio acontecerá a partir do segundo, por meio da Loteria Federal, através do número da sorte constante no Certificado Individual expedido pela seguradora.

Esses são Títulos de Capitalização da modalidade incentivo emitidos por CAPEMISA CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ nº 14.056.028/0001-55e Processo SUSEP nº 15414.600203/2022-20.

A divulgação dos sorteados será informada por e-mail para a empresa.

### 3 - ASSISTÊNCIAS DISPONÍVEIS PARA O EMPREGADOR/RESPONSÁVEL FINANCEIRO



#### 3.1. REEMBOLSO DE RESCISÃO S D O P B1 B2

Concede à empresa/entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, o reembolso de valores despendidos em razão de pagamento de rescisão do contrato de trabalho de colaborador que possuir, no mínimo, 7 (sete) anos ou 84 (oitenta e quatro) meses de vínculo empregatício ininterrupto, em regime CLT.

Esse benefício está limitado a 01 (uma) ocorrência por ano, por empresa (CNPJ).

**Fato gerador:** data do pagamento da rescisão do contrato de trabalho de colaborador que possuir, no mínimo, 7 (sete) anos ou 84 (oitenta e quatro) meses de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.

#### **Documentos obrigatórios para requerimento:**

- a) Extrato de Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) ou e-Social, para comprovação do vínculo empregatício;
- b) Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCT) e demonstrativo do trabalhador (FGTS);
- c) Recibos ou comprovantes de pagamento da rescisão trabalhista.
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregador solicitante.

**TIPOS DE PLANOS:** S = Safira Saúde + | D = Diamante | O = Ouro | P = Prata | B1 = Bronze 1 | B2 = Bronze 2



### 3.2. CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL **D** **O**

Concede à empresa/entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, quantia destinada à capacitação profissional e treinamento de novo colaborador ou estagiário, nas seguintes hipóteses:

- a) Colaborador com idade igual ou superior a 60 anos;
- b) Colaborador que possua algum grau de deficiência física ou mental que exija condições especiais de trabalho, em regime CLT.
- c) Estagiário vinculado à empresa por contrato de estágio celebrado com a intermediação da instituição de ensino, nos termos da Lei 11.788/08.

#### **Requisitos:**

A contratação do colaborador e do estagiário deve ocorrer após o mês de início de adesão da empresa no Seguro Bem-Estar Integral.

Os estagiários devem estar vinculados ao Seguro Bem-Estar Integral, por, no mínimo, três meses, antes da solicitação do benefício.

Essa assistência está limitada a 03 (três) ocorrências por ano, por empresa (CNPJ).

Não é válido para contratação de menor aprendiz ou de jovem aprendiz.

### **Fato gerador:**

Colaborador: data de admissão de colaborador com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou com deficiência física ou mental que exija condições especiais de trabalho, em regime CLT.

Estagiário: data de celebração do contrato de estágio com a intermediação da instituição de ensino, nos termos da Lei 11.788/08.

### **Documentos obrigatórios para requerimento:**

- a) Extrato de Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) ou e-Social, para comprovação da admissão do novo colaborador;
- b) Carteira de identidade e CPF do colaborador admitido;
- c) Laudo para PcD (Pessoa com Deficiência) emitido por um médico do trabalho, em caso de colaboradores com deficiência.
- d) Contrato de Estágio celebrado com a intermediação da instituição de ensino, com período mínimo de 6 meses (com empregador), nos termos da Lei 11.788/08, em instituição vinculada ao MEC.
- e) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregador solicitante.



---

### **3.3. LICENÇA-PATERNIDADE** **D** **O** **P** **B1** **B2**

Concede à empresa/entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, o pagamento de uma quantia única, para minimizar as despesas decorrentes da licença-paternidade, em razão do nascimento ou adoção de filho do colaborador titular.

Esse benefício está limitado a 04 (quatro) ocorrências por ano, por empresa (CNPJ).

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

O benefício não será deferido nas hipóteses de filho natimorto ou aborto espontâneo.

**Fato gerador:** data de início da licença-paternidade.

**Documentos obrigatórios para requerimento:**

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio para comprovação do vínculo empregatício;
- b) Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou decisão judicial de adoção;
- c) Carteira de identidade e CPF do titular;
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregador solicitante.



---

### 3.4. LICENÇA-MATERNIDADE **D O P B1 B2**

Concede à empresa/entidade empregadora, na forma determinada na tabela anexa, o pagamento de uma quantia única, decorrente da licença-maternidade de colaboradora titular que já possua, no mínimo, 06 (seis) meses de vínculo empregatício quando da ocorrência do fato gerador.

Esse benefício está limitado a 04 (quatro) ocorrências por ano, por empresa (CNPJ).

O benefício também será deferido em casos de licença-maternidade por adoção e licença-maternidade por filho natimorto (a partir da 23ª semana de gestação).

O benefício não será deferido em caso de aborto espontâneo ou previstos em lei.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

**Fato gerador:** data de início da licença-maternidade.

**Documentos obrigatórios para requerimento:**

- a) Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) em que conste a movimentação com o protocolo de envio e atestado médico;
- b) Cópia da Certidão de Nascimento do(a) filho(a);
- c) Carteira de identidade e CPF da titular;
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome da empregadora solicitante.



**3.5. AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE COLABORADOR** **D O P B1 B2**

Concede à empresa/entidade empregadora, na forma e limites constantes na tabela anexa, o pagamento de uma quantia única para cobrir as despesas da empresa, decorrentes da ausência do empregado titular em gozo de benefício por auxílio-acidente deferido pelo INSS, superior a 30 (trinta) dias, seja em ambiente laboral ou fora dele.

Será considerado acidente todo evento inesperado, súbito e externo ao colaborador que cause danos pessoais e que não decorra de ato intencional do próprio colaborador ou do empregador.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

Não se enquadra nesse benefício o afastamento do colaborador titular em razão de qualquer doença. Esse benefício está limitado a 04 (quatro) ocorrências por ano, por empresa (CNPJ).

**Fato gerador:** deferimento do auxílio-acidente pelo INSS.

**Documentos obrigatórios para requerimento:**

- a) Cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social (GFIP) com protocolo de envio para comprovação do vínculo empregatício;
- b) Carta de afastamento expedida pelo INSS;
- c) Carteira de identidade e CPF do titular;
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregador solicitante.



### 3.6 - ASSISTÊNCIA BEM + RH **S** **O**

Suporte às empresas no desenvolvimento da saúde emocional dos colaboradores com acompanhamento de profissional especializado através de ferramentas e conteúdos específicos.

## 4 - COBERTURA SECURITÁRIA DISPONÍVEL PARA O EMPREGADOR/RESPONSÁVEL FINANCEIRO



### 4.1. RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL **S D O P B1 B2**

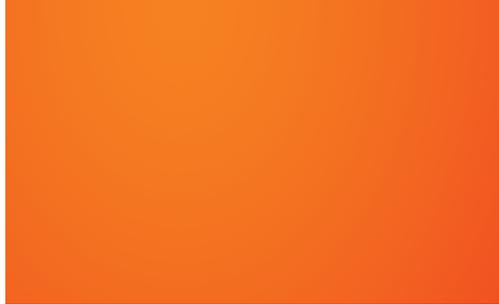
Esta cláusula, desde que contratada, garante ao estipulante o pagamento de uma indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de morte acidental do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos desta cláusula, das condições gerais e as demais disposições contratuais.

**TIPOS DE PLANOS:** **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

## TABELAS DE ASSISTÊNCIAS E COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA O COLABORADOR

ASSISTÊNCIAS	VALOR	S	D	O	P	B1	B2	DESCRIÇÃO
1.1 - KIT NATALIDADE	R\$ 450,00		X	X	X		X	Nascimento de filho(a) da colaboradora titular.
1.2 - CESTA BÁSICA	R\$ 500,00		X	X	X			Afastamento por doença por período superior a 60 dias.
1.3 - COMPLEMENTO DE REMUNERAÇÃO POR AFASTAMENTO	R\$ 1.000,00		X	X	X	X	X	Afastamento por doença por período superior a 90 dias.
1.4 - REEMBOLSO CRECHE	R\$ 600,00		X	X	X	X	X	Matrícula do(a) filho(a) em creche particular.
1.5 - CASAMENTO	R\$ 900,00		X	X	X	X	X	Em caso de casamento do titular.
1.6 - APOSENTADORIA	R\$ 2.000,00		X	X				Aposentadoria do titular.
1.7 - REEMBOLSO MATERIAL ESCOLAR	Até R\$ 500,00		X	X	X			Aquisição de material escolar de filho(s) matriculado(s) em escola particular no ensino fundamental I (do 1º ao 5º ano).
1.8 - ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL	-	X	X	X				Disponibiliza apoio nutricional ao titular por telefone ou videochamada.
1.9 - ASSISTÊNCIA FITNESS	-	X	X	X				Disponibiliza assistência "personal fitness" ao titular por telefone ou videochamada.
1.10 - ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA	-	X	X	X				Disponibiliza orientação psicológica ao titular por telefone ou videochamada, priorizando a saúde mental.
1.11 - ASSISTÊNCIA JURÍDICA	-		X	X				Disponibiliza orientação jurídica on-line ao titular (chat ou parecer).
1.12 - ASSISTÊNCIA CONSULTA PRESENCIAL NACIONAL	-	X						Agendamento de consultas com clínicas parceiras em todo o território nacional.
1.13 - ASSISTÊNCIA REEMBOLSO MEDICAMENTOS	Até R\$ 100,00	X						Reembolso de medicamento com receituário, desde que sejam de medicação genérica.
1.14 - EINSTEIN CONECTA	-	X	X					Serviço de orientação médica online direto do celular ou computador do paciente, 24 horas por dia, 7 (sete) dias por semana. Para utilização é necessário se cadastrar na plataforma e é preciso ter acesso à internet.
1.15 - CLUBE DE VANTAGENS	-	X	X	X	X	X	X	Rede nacional de descontos.

TIPOS DE PLANOS: **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2



COBERTURAS SECURITÁRIAS	VALOR	S	D	O	P	B1	B2	DESCRIÇÃO
2.1 - MORTE ACIDENTAL - MA	R\$ 15.000,00	x	x	x	x	x	x	Morte do segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.
2.2 - DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA	Até 30 diárias de R\$ 200,00 cada	x	x	x	x	x	x	Em caso de hospitalização causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.
2.3 - 4 SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA)	R\$ 500,00	x	x	x	x	x	x	Valores líquidos de Imposto de Renda.

TIPOS DE PLANOS: **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2



## TABELAS DE ASSISTÊNCIAS E COBERTURA SECURITÁRIA PARA A EMPRESA

ASSISTÊNCIAS	VALOR	S	D	O	P	B1	B2	DESCRIÇÃO
<b>3.1 - REEMBOLSO DE RESCISÃO</b>	Até R\$ 2.000,00	x	x	x	x	x	x	Pagamento de rescisão de colaborador com no mínimo sete anos de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.
<b>3.2 - CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL</b>	R\$ 1.000,00		x	x				Verba para treinamento em razão da admissão de trabalhador acima de 60 anos ou que tenha deficiência ou estagiário.
<b>3.3 - LICENÇA-PATERNIDADE</b>	R\$ 450,00		x	x	x	x	x	Licença do colaborador titular.
<b>3.4 - LICENÇA-MATERNIDADE</b>	R\$ 600,00		x	x	x	x	x	Licença da colaboradora titular.
<b>3.5 - AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE COLABORADOR</b>	R\$ 1.500,00		x	x	x	x	x	Afastamento do titular por acidente, superior a 30 dias.
<b>3.6 - ASSISTÊNCIA BEM + RH</b>		x		x				Suporte às empresas no desenvolvimento da saúde emocional dos colaboradores com acompanhamento de profissional especializado através de ferramentas e conteúdos específicos.
COBERTURA SECURITÁRIA	VALOR	S	D	O	P	B1	B2	DESCRIÇÃO
<b>4.1 - RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL</b>	Até R\$ 2.000,00	x	x	x	x	x	x	Reembolso de despesas com pagamento de verbas rescisórias, em consequência exclusiva de morte acidental do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos.

TIPOS DE PLANOS: **S** = Safira Saúde + | **D** = Diamante | **O** = Ouro | **P** = Prata | **B1** = Bronze 1 | **B2** = Bronze 2

## DO RELACIONAMENTO ENTRE A PROAGIR E AS ASSOCIADAS

O Seguro Bem-Estar Integral é estipulado pela PROAGIR CLUBE DE BENEFÍCIOS SOCIAIS ("Proagir"), em representação das empresas contratantes ("Associadas") e dos seus funcionários. As Associadas que contratarem o seguro são responsáveis pelo pagamento das mensalidades relativas ao relacionamento com a Proagir, dentro da data de vencimento da fatura, dia 10 de cada mês, conforme movimentação cadastral realizada também pelas Associadas. A fatura refere-se ao pagamento dos benefícios ativos do mês anterior.

Na hipótese de rescisão do contrato de trabalho do colaborador titular, sua exclusão do Seguro Bem-Estar Integral se dará no mesmo mês em que ocorrer sua demissão.

Havendo inadimplência por parte da Associada, por prazo superior a 20 (vinte) dias, contados do vencimento da fatura, o vínculo estabelecido entre a PROAGIR e a Associada será cancelado automaticamente.\*

Em caso de cancelamento do contrato por inadimplência, a inserção dos titulares após a quitação das pendências somente será realizada após expressa manifestação da Associada e da adoção dos procedimentos exigidos para a contratação inicial.

\* O prazo de inadimplência em questão não tem relação com a prestação de serviço relativa ao seguro contratado, devendo ser respeitadas as condições estabelecidas nas Condições Gerais de cada produto.

## ORIENTAÇÕES DE GARANTIA

Este seguro é garantido por Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A | CNPJ 02.102.498/0001-29 | Cód.: 06351. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep. **O 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.** Este seguro é regido pelas suas Condições Gerais que serão disponibilizadas pelo estipulante e/ou pela seguradora, a qualquer tempo, por solicitação do segurado. A cobertura cessa de acordo com as Condições Gerais e/ou Contrato. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processos constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no site HYPERLINK "<http://www.susep.gov.br>" [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) ou pelo Atendimento Exclusivo ao Consumidor 0800-021-8484 (dias úteis das 9:30h às 17:00h). SUSEP – Superintendência de Seguros Privados. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep. Eventuais assistências, carências, franquias, limites de diárias e dos capitais segurados constam do Contrato de Seguro, o qual recomendamos a leitura. Conheça a Política de Privacidade da Informação no site HYPERLINK "<http://www.metlife.com.br>" [www.metlife.com.br](http://www.metlife.com.br). Sítio para eventuais reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados: (HYPERLINK "<http://www.consumidor.gov.br>" [www.consumidor.gov.br](http://www.consumidor.gov.br)). Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 Life - 3003 5433 (Segunda a sexta das 9h às 18h - exceto feriados, capitais e grandes centros) e 0800 MetLife - 0800 638 5433 (Segunda a sexta das 9h às 18h - exceto feriados, demais localidades) | SAC - Serviço de Apoio ao Cliente para reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios: 0800 746 3420 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Ouvidoria: 0800 746 3420 (Segunda a sexta das 9h às 18h - exceto feriados, em todo Brasil).



## ANEXOS

Preencha os formulários a seguir, conforme indicado anteriormente em alguns benefícios, no item “documentos obrigatórios para requerimento”.

## BENEFÍCIO SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL

Os formulários abaixo deverão ser preenchidos pelo empregado beneficiário ou pela empresa, respeitando os respectivos campos indicados.



PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É O COLABORADOR			
Nome do colaborador	CPF	Data de nascimento ____/____/____	
Nome da empresa	CNPJ		
Endereço do colaborador	Bairro		
CEP	Cidade/UF	País	
Telefone	Celular	E-mail	
<b>Dados bancários em nome do beneficiário:</b> <input type="checkbox"/> Conta corrente <input type="checkbox"/> Conta poupança			
Banco	Nº do banco	Agência	Conta (com o dígito)
Chave PIX	Obs.: informe acima os dados bancários		
Nome do representante legal (se incapaz)	RG	CPF	
* Observação: não pode ser informado número de conta salário, pois apenas o empregador responsável pela conta consegue efetuar o depósito e/ou transferência para esse tipo de conta.			

Na condição de beneficiário, autorizo a PROAGIR BENEFÍCIOS a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura

PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É A EMPRESA			
Nome da empresa beneficiada	CNPJ	Data da abertura ____/____/____	
Nome do colaborador vinculado ao beneficiário	CPF		
Endereço da empresa	Bairro		
CEP	Cidade/UF	País	
Telefone	Celular	E-mail	
<b>Dados bancários da empresa:</b> <input type="checkbox"/> Conta corrente <input type="checkbox"/> Conta poupança			
Banco	Nº do banco	Agência	Conta (com o dígito)
Chave PIX	Obs.: informe acima os dados bancários		

Na condição de beneficiário, autorizo a PROAGIR BENEFÍCIOS a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Assinatura



Seguro  
**Bem-estar  
Integral**

## DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins que o(a) menor, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, foi devidamente  
matriculado(a) nesta instituição de ensino, no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
no (período) \_\_\_\_\_, ano letivo de ano (\_\_\_\_° semestre),  
e seu(sua) responsável legal, Sr. / Sra. (nome do pai ou da mãe) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_  
efetuiu o pagamento da matrícula e mensalidades até esta data.

A presente instituição de ensino reconhece sua inteira responsabilidade sobre  
as informações aqui prestadas, inclusive a de responder cível e penalmente em  
caso de qualquer ilícito.

Por ser verdade, firmo e atesto o presente.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(Local),  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(data).

\_\_\_\_\_  
Nome, cargo e carimbo  
Instituição de ensino



 (31) 3297-5353  
0800-9410-123

 (31) 3297-5353

 atendimento@centraldosbeneficios.com.br

 www.centraldosbeneficios.com.br

 /company/central-dos-benefícios

 @centraldosbeneficios

Rua Ministro Orozimbo Nonato, 442 – 7º andar  
Vila da Serra, CEP: 34006-053 – Nova Lima/MG

