

TABELA DE VENDAS - SINDESPE / SP

CAPITAL SEGURADO DA GARANTIA BÁSICA	PRÊMIO MENSAL (COM IOF) POR FAIXA ETÁRIA							
	MORTE	ATÉ 30	31 A 35	36 A 40	41 A 45	46 A 50	51 A 55	56 A 60
10.000,00	-	-	-	-	22,52	32,28	43,54	63,52
20.000,00	-	-	-	23,07	36,19	52,15	70,56	103,19
30.000,00	-	17,04	21,03	31,65	49,86	72,01	97,57	142,86
40.000,00	19,33	21,54	26,64	40,23	63,53	91,88	124,58	182,53
50.000,00	23,35	26,04	32,25	48,81	77,20	111,74	151,59	222,20
60.000,00	27,36	30,54	37,86	57,40	90,87	131,61	178,61	261,87
70.000,00	31,38	35,03	43,47	65,98	104,55	151,47	205,62	301,54
80.000,00	35,39	39,53	49,09	74,56	118,22	171,34	232,63	341,21
90.000,00	39,41	44,03	54,70	83,14	131,89	191,20	259,64	380,88
100.000,00	43,42	48,52	60,31	91,73	145,56	211,07	286,66	420,55
110.000,00	47,44	53,02	65,92	100,31	159,23	230,93	313,67	460,22
120.000,00	51,45	57,52	71,53	108,89	172,90	250,80	340,68	499,89
130.000,00	55,47	62,01	77,14	117,47	186,58	270,66	367,69	539,56
140.000,00	59,49	66,51	82,75	126,06	200,25	290,53	394,70	579,23
150.000,00	63,50	71,01	88,36	134,64	213,92	310,40	421,72	618,90

COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES

CAPITAL SEGURADO	FAIXA ETÁRIA	ATÉ 30	31 A 35	36 A 40	41 A 45	46 A 50	51 A 55	56 A 60	61 A 65
R\$ 30.000,00	PRÊMIO MENSAL	20,49	26,53	34,36	44,51	57,63	74,63	96,64	125,15

*OBSERVAÇÃO: A COBERTURA PARA DIAGNOSTICO DE DOENÇAS GRAVES SOMENTE PODE SER CONTRATADA COM O SEGURO DE VIDA

*CESTA BÁSICA: EM CASO DE MORTE DO SEGURADO PRINCIPAL, ADICIONALMENTE A INDENIZAÇÃO DEVIDA, SERÃO PAGAS 12 CESTAS BÁSICAS NO VALOR DE R\$ 250,00 CADA.

* NOS PLANOS ACIMA ESTÁ INCLUSA ASSISTÊNCIA FUNERAL (PLANO SEMI LUXO 01) - VALOR MÁXIMO DE DESPESAS R\$ 3.000,00

* CAPITAL DO CÔNJUGE = 50% DO CAPITAL DO RESPECTIVO SEGURADO PRINCIPAL

COBERTURAS E GARANTIAS DA APÓLICE	
SEGURADO PRINCIPAL	CONJUGE - AUTOMÁTICO
MORTE	MORTE
IPTA	IPTA

Vigência: _____

Tabela de Vendas – Sindespe/SP

Seguro de vida e acidentes Pessoais coletivo com reenquadramento do premio por faixa etária.

Capital Segurado da garantia básica	Prêmio Mensal (com IoF) Por Faixa Etária							
	Até 30	31 A 35	36 A 40	41 A 45	46 A 50	51 A 55	56 A 60	61 A 65
Morte								
10.000,00	-	-	-	-	22,52	32,28	43,54	63,52
20.000,00	-	-	-	23,07	36,19	52,15	70,56	103,19
30.000,00	-	17,04	21,03	31,65	49,86	72,01	97,57	142,86
40.000,00	19,33	21,54	26,64	40,23	63,53	91,88	124,58	182,53
50.000,00	23,35	26,04	32,25	48,81	77,20	111,74	151,59	222,20
60.000,00	27,36	30,54	37,86	57,40	90,87	131,61	178,61	261,87
70.000,00	31,38	35,03	43,47	65,98	104,55	151,47	205,62	301,54
80.000,00	35,39	39,53	49,09	74,56	118,22	171,34	232,63	341,21
90.000,00	39,41	44,03	54,70	83,14	131,89	191,20	259,64	380,88
100.000,00	43,42	48,52	60,31	91,73	145,56	211,07	286,66	420,55
110.000,00	47,44	53,02	65,92	100,31	159,23	230,93	313,67	460,22
120.000,00	51,45	57,52	71,53	108,89	172,90	250,80	340,68	499,89
130.000,00	55,47	62,01	77,14	117,47	186,58	270,66	367,69	539,56
140.000,00	59,49	66,51	82,75	126,06	200,25	290,53	394,70	579,23
150.000,00	63,50	71,01	88,36	134,64	213,92	310,40	421,72	618,90

Cobertura de Doenças Graves (opcional)

Capital segurado	Faixa etária	Até 30	31 A 35	36 A 40	41 A 45	46 A 50	51 A 55	56 A 60	61 A 65
R\$30.000,00	PREMIO MENSAL	20,49	26,53	34,36	44,51	57,63	74,63	96,64	125,15

LIMITE DE IDADE: PARA INGRESSO NO SEGURO O LIMITE DE IDADE SERÁ DE 65 ANOS.

- **A COBERTURA DO PLANO SOMENTE SE INICIA A ZERO HORA DO PRIMEIRO DIA DO MÊS SUBSEQUENTE DO QUE CORRESPONDER O DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO.**
- **A FALTA DE DESCONTO ACARRETARA O CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO PLANO.**
- **OBSERVAÇÃO: A COBERTURA PARA DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES SOMENTE PODE SER CONTRATADA COM O SEGURO DE VIDA.**
- **CESTA BÁSICA: EM CASO DE MORTE DO SEGURO PRINCIPAL, ADICIONALMENTE A INDENIZAÇÃO DEVIDA, SERÃO PAGAS 12 CESTA BÁSICAS NO VALOR DE R\$250,00 CADA.**
- **NOS PLANOS ACIMA ESTA INCLUSA ASSISTÊNCIA FUNERAL (PLANO SEMI LUXO 01) - VALOR MÁXIMO DE DESPESAS R\$3.000,00.**
- **CAPITAL DO CÔNJUGE = 50% DO CAPITAL DO RESPECTIVO SEGURO PRINCIPAL**

COBERTURAS E GARANTIAS DA APOLICE	
SEGURO PRINCIPAL	CONJUGE-AUTOMÁTICO
MORTE	MORTE
IPTPA	IPTPA

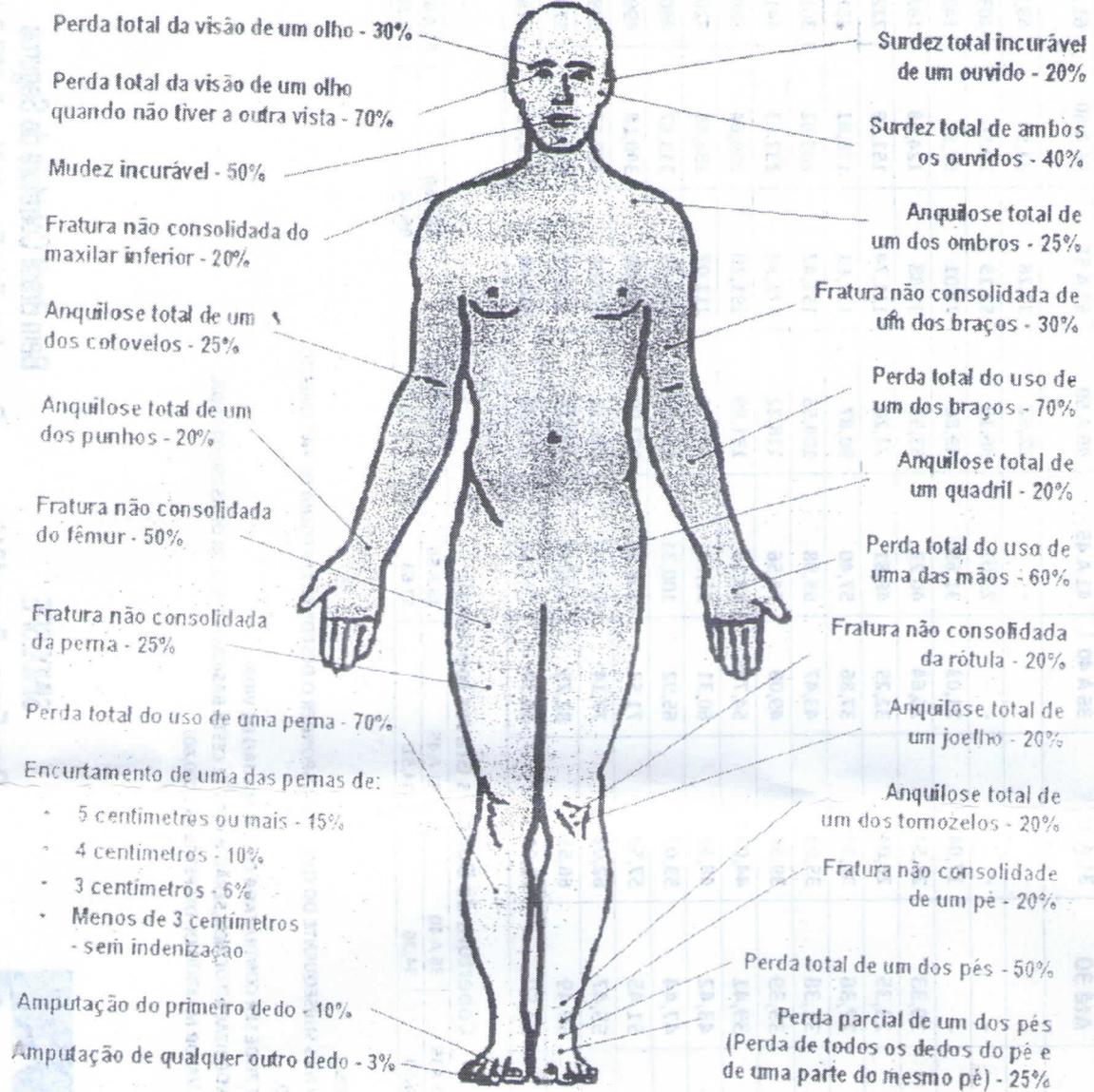


SINDESPE
 Rua : Erasmo Braga, 1042
 Jardim Chapadão CAMPINAS SP
 fone: (019) 3291-1073 / 3365-2400

Bem Brasil Corretora de Seguros
 Rua : Jornalista Ernesto Napoli, 807 Sala I
 JD. Paulicélia - Campinas - SP
 fone : (019) 3268-8334

VENDA AUTORIZADA COM J. ADEILDO SERVIÇOS DE SEGUROS LTDA

TABELA DE INDENIZAÇÃO PARA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (EXEMPLOS)



- PERDA TOTAL - 100%**
- Perda total da visão de ambos os olhos
 - Perda total do uso de ambos os braços
 - Perda total do uso de ambas as pernas
 - Perda total do uso de ambas as mãos
 - Perda total do uso de um braço e de uma perna
 - Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
 - Perda total do uso de ambos os pés
 - Alienação mental total incurável

REGIÃO	REGIÃO
INDICADOR	INDICADOR
COMISSÃO	COMISSÃO
CONSELHO	CONSELHO
SECRETARIA	SECRETARIA
ASSESSORIA	ASSESSORIA
COORDENADORIA	COORDENADORIA
DEPARTAMENTO	DEPARTAMENTO
SEÇÃO	SEÇÃO
POSTO	POSTO

American Life



Solicito á V^a.S^a. que o desconto da Proposta de Adesão por mim assinada, seja feito em folha de pagamento do mês de _____/_____, com vigência em _____/_____.
 Declaro ainda, que na condição de Segurado Titular da Apólice estipulada pela Sindespe, estou ciente e de acordo com a contratação do Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivos junto á American Life Seguros, da atualização anual de capitais e prêmios pela variação do IPCA/IBGE ou outro índice que vier a substituí-lo bem como do REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA (conforme Tabela Abaixo), sendo que ambos ocorrerão no aniversário da Apólice (Julho de cada ano).

SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS

VIGÊNCIA 01/01/2014

Morte	Até 30	31 A 35	36 A 40	41 A 45	46 A 50	51 A 55	56 A 60	61 A 65
10.000,00	-	-	-	-	22,52	32,28	43,54	63,52
20.000,00	-	-	-	23,07	36,19	52,15	70,56	103,19
30.000,00	-	17,04	21,03	31,65	49,86	72,01	97,57	142,86
40.000,00	19,33	21,54	26,64	40,23	63,53	91,88	124,58	182,53
50.000,00	23,35	26,04	32,25	48,81	77,20	111,74	151,59	222,20
60.000,00	27,36	30,54	37,86	57,40	90,87	131,61	178,61	261,87
70.000,00	31,38	35,03	43,47	65,98	104,55	151,47	205,62	301,54
80.000,00	35,39	39,53	49,09	74,56	118,22	171,34	232,63	341,21
90.000,00	39,41	44,03	54,70	83,14	131,89	191,20	259,64	380,88
100.000,00	43,42	48,52	60,31	91,73	145,56	211,07	286,66	420,55
110.000,00	47,44	53,02	65,92	100,31	159,23	230,93	313,67	460,22
120.000,00	51,45	57,52	71,53	108,89	172,90	250,80	340,68	499,89
130.000,00	55,47	62,01	77,14	117,47	186,58	270,66	367,69	539,56
140.000,00	59,49	66,51	82,75	126,06	200,25	290,53	394,70	579,23
150.000,00	63,50	71,01	88,36	134,64	213,92	310,40	421,72	618,90

SR.PROPONENTE: " PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DOS DADOS ABAIXO"

NOME COMPLETO: _____

RG E CPF: _____

ASSINATURA: _____

LOCAL E DATA: _____

IMPORTANTE LER COM ATENÇÃO A DECLARAÇÃO ACIMA NO QUE SE REFERE AO REENQUADRAMENTO DA FAIXA ETÁRIA E ATUALIZAÇÃO DE CAPITALIS E PREMIOS.