



Sindicato dos Empregados das Empresas de Assessoramento, Perícias, Informações e Pesquisas e das Empresas de Prestação de Serviços a Terceiros, Colocação e Administração de Mão de Obra, Trabalho Temporário, Intermunicipal do Estado do RJ.

Rua José Clemente, 94, sala 1004 – Centro - Niterói – RJ – CEP: 24020-105

Telefones: (21) 3741-9914 e 99888-3138 (WhatsApp) - www.sindeaprij.org.br – e-mail: sindeaprij@sindeaprij.org.br

ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL COLETIVO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO			
NOME COMPLETO:		CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:		RG:	
TELEFONES:		E-MAIL:	
EMPRESA:		CNPJ:	
FUNÇÃO:		ADMISSÃO	

1 - Para inclusão na apólice de seguro, é obrigatório o envio da ficha de adesão preenchida pelo empregado(a), sendo de responsabilidade do empregado o correto preenchimento, com a indicação do beneficiário;

2 – O empregado estará coberto pela apólice de seguro após 4 meses contados da data do recebimento da ficha de adesão pelo Sindicato;

3 - O Sindicato não terá qualquer responsabilidade, caso a Seguradora se recuse a pagar os prêmios na ocasião de sinistro;

4 - Por se tratar de uma apólice de seguro coletiva, o beneficiário padrão é o cônjuge. Contudo, se o titular da apólice (empregado) desejar, ele poderá alterar o beneficiário através de formulário próprio emitido pelo SINDEAP/RJ;

5 – O Seguro Funeral Familiar é pago pela Seguradora em forma de reembolso, mediante a apresentação da Nota Fiscal;

6 - Caso o empregado ou a empresa deixe de efetuar o pagamento devido pelo Programa Assistencial Coletivo, o empregado será imediatamente excluído da apólice de seguro, o que impedirá o empregado de receber os benefícios presentes na apólice de seguro e os demais benefícios pagos pelo sindicato.

NOME DO BENEFICIÁRIO:		GRAU DE PARENTESCO:	
CPF Nº:		DATA DE NASCIMENTO:	

Os benefícios previstos no Acordo Coletivo de Trabalho, não estão previstos na legislação vigente.

O Programa Assistencial Coletivo mantido pelo SINDEAP/RJ, têm como objetivo, ajudar os empregados e seus dependentes na ocorrência de diversos eventos.

São vários auxílios pagos em espécie, além dos Convênios com farmácias, óticas, faculdades, pousadas e e-commerce; Cadastro da Empresa junto ao SESC; Seguro de Vida e Auxílio Funeral familiar.

()	AUTORIZO	Autorizo prévia e expressamente, ao meu empregador, o desconto da Contribuição Social mensal de R\$15,00, em prol do SINDEAP/RJ, de forma contínua, nos moldes do Artigo 545, garantindo o recebimento dos benefícios previstos no Acordo Coletivo de Trabalho vigente, inclusive os benefícios previstos no Programa Assistencial Coletivo mantido pelo SINDEAP/RJ.
-----	-----------------	---

Assinatura: _____ Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

SINDEAP/RJ, portador do CNPJ 36.482.693/0001-43, com sede a Rua José Clemente, 94 sala 1004 – Centro – Niterói/RJ – CEP: 24020-105, doravante denominado(a) **SINDICATO**., e o Funcionário contribuinte conforme a ficha em anexo, denominado **CONTRIBUINTE**;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - DO CONSENTIMENTO

Ao assinar este termo o **CONTRIBUINTE** concorda que o **SINDICATO**, proceda com o **tratamento** dos seus dados.

Entende-se por tratamento de acordo com o artigo 5º inciso X, a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

PARÁGRAFO SEGUNDO - DADOS PESSOAIS

Poderão ser tratados mediante anuência expressa do contribuinte os seguintes dados pessoais, pelo(a) controlador(a):

- Nome, endereço, RG, CPF, data de nascimento, e-mail, endereço, empresa em que trabalha, função, data de admissão, salário base e telefone.

PARÁGRAFO TERCEIRO - FINALIDADE DO TRATAMENTO e COMPARTILHAMENTO DE DADOS

Em atendimento ao artigo 8º §4 este termo guarda finalidade determinada, sendo que os dados serão utilizados especificamente para fins de:

- Cadastro e emissão da carteirinha e apólice de seguro e carteirinha da Seguradora SulAmérica;
- Cadastro nos portais de atendimento dos convênios firmados pelo SINDICATO;
- Emissão da carteirinha do SINDICATO, e
- Envio da ficha de autorização do CONTRIBUINTE para o RH da empresa efetuar o desconto.

O SINDICATO fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do(a) CONTRIBUINTE conforme descrição acima, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709, de 2018. 5.2.

PARÁGRAFO QUINTO - SEGURANÇA DOS DADOS

O SINDICATO responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

PARÁGRAFO SEXTO – REVOGAÇÃO

Este consentimento poderá ser revogado pelo **CONTRIBUINTE**, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao **SINDICATO**.

Local, data.

SINDICATO

CONTRIBUINTE

AUXÍLIOS	
AUXÍLIOS PAGOS PELO SINDICATO	VALOR
CESTA BÁSICA	250,00
CAPACITAÇÃO	150,00
DOENÇA	375,00
MATRIMÔNIO	150,00
NATALIDADE	150,00
RENDA FAMILIAR	650,00
PRÊMIOS PAGOS PELA SEGURADORA	
FUNERAL TITULAR – MORTE ACIDENTAL	11.025,00
FUNERAL DEPENDENTE - MORTE ACIDENTAL CÔNJUGE	5.512,50
SEGURO FUNERAL FAMILIAR	5.000,00
INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO TITULAR	11.025,00

REDE DE CONVÊNIOS – Acesse www.sindeaprij.org.br – seção convênios

