

Autorização para desconto em folha de pagamento.

Autorizo a CPTM – Companhia Paulista de Trens Metropolitanos, a descontar mensalmente de minha folha de pagamento o valor complementar do seguro de vida, conforme minha opção pelo plano _____ ao custo mensal de R\$ _____.

Estou ciente que o Plano escolhido já contempla o capital atual segurado e que a vigência ocorrerá a partir do mês subsequente ao débito na Folha de Pagamento, bem como que, para fazer a ampliação de capital deverei estar em dia com o pagamento deste benefício junto à CPTM.

OBS: no caso de eventuais insuficiências de saldo de salário decorrente de afastamento médico, o empregado deverá regularizar os débitos pendentes junto à Tesouraria da CPTM, no prazo máximo de até 3 (três) meses.

TABELA DEMONSTRATIVA (valores em reais)

COBERTURAS	ATUAL (oferecido pela CPTM)	PLANO A	PLANO B	PLANO C	PLANO D
BÁSICA - MORTE	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 50.000,00
MORTE ACIDENTAL	R\$ 20.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 80.000,00	R\$ 100.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	LIMITADO EM R\$ 10.000,00	LIMITADO EM R\$ 20.000,00	LIMITADO EM R\$ 30.000,00	LIMITADO EM R\$ 40.000,00	LIMITADO EM R\$ 50.000,00
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	R\$ 40.000,00	R\$ 50.000,00
CÔNJUGES	R\$ 5.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 25.000,00
CUSTO MENSAL	0,00 Oferecido pela CPTM	R\$ 5,30	R\$ 10,61	R\$ 15,91	R\$ 21,21

São Paulo, ____/____/____

Nome: _____

C.P.F.: _____ DATA DE NASC: ____/____/____

Matrícula: _____

Assinatura: _____