

Dados do Segurado/Sinistrado

Nome Completo		CPF (somente números)
Data do Evento	Número da Apólice	

Dados da Empresa/Estipulante

Razão Social	CNPJ
--------------	------

1- Funcionários Ativos

Informar a quantidade de funcionários ativos no mês do evento :
--

Funcionário Ativos: são os funcionários em plena atividade no mês do evento, e vinculados a empresa por Contrato de Trabalho e com recolhimento de FGTS.

2- Funcionários com idade superior a 65 anos no mês do evento:

Preencher o quadro abaixo com o nome completo, a data de nascimento (dia/mês/ano) e a data de admissão (dia/mês/ano) de todos os funcionários ativos com idade superior a 65 anos:

Não há funcionários com mais de 65 anos.

NOME COMPLETO	DATA DE NASCIMENTO	DATA DE ADMISSÃO

3- Funcionários em Suspensão Temporária do Contrato de Trabalho (Medida Provisória 1109/2022):

Preencher o quadro abaixo com o nome completo e data do início da suspensão de todos os funcionários que se encontram com o contrato individual de trabalho temporariamente suspensos **no mês do evento**:

Obs.: Suspensão do contrato de trabalho não é demissão ou afastamento temporário por doença.

Não há funcionários suspensos.

NOME COMPLETO	DATA DO INÍCIO DA SUSPENSÃO

4- Funcionários afastados do trabalho:

Preencher o quadro abaixo com o nome completo e data do início do afastamento, de todos os funcionários que se encontram afastados do trabalho por motivos de doenças, acidentes e auxílio maternidade, **no mês do evento**:

Não há funcionários afastados.

NOME COMPLETO	DATA DO AFASTAMENTO

Estou ciente de que (i) o tratamento dos dados pessoais informados no presente documento será realizado em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados; (ii) a Rio Grande Seguros e Previdência S/A poderá, sempre respeitando a legislação aplicável, compartilhar os dados pessoais aqui informados, com os Intermediários e com outras entidades privadas ou órgãos públicos; e (iii) para mais informações sobre a proteção dos dados pessoais, basta acessar a Política de Privacidade disponível no Site Institucional. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Representante Legal