

Versão 2.1

2021



# MANUAL DE REGRAS E ORIENTAÇÕES



centraldosbenefícios



bem-estarsocial

## MANUAL DE REGRAS E ORIENTAÇÕES

Este é um manual completo dos benefícios do Bem-Estar Social, com a descrição de todos os critérios de enquadramento e procedimentos a serem adotados para o pagamento dos benefícios e das coberturas securitárias.

Ao contratá-los, o titular declara estar de acordo e ciente das condições previstas.

### 1) REGRAS E COMUNICAÇÃO DE EVENTOS:

- a) Ocorrendo o fato gerador (acontecimento que dá direito à cobertura e/ou benefício), o titular deverá realizar a comunicação dele imediatamente, pelo e-mail [ocorrencias@centraldosbeneficios.com.br](mailto:ocorrencias@centraldosbeneficios.com.br).
- b) O pagamento do benefício depende da apresentação dos documentos exigidos e do cumprimento dos requisitos estabelecidos em cada um deles. Em alguns casos, podem ser requeridos documentos complementares para a análise ou documentos originais para conferência.
- c) A documentação obrigatória deverá ser enviada de forma completa, legível e sem rasuras. Caso a documentação não seja recebida nessas condições, será concedido prazo para regularização. A não substituição dos documentos poderá ocasionar a perda do direito ao benefício.
- d) O prazo máximo para receber a documentação completa dos benefícios é de até 90 (noventa) dias corridos, contados do fato gerador, desde que o benefício esteja vigente. A vigência do benefício terá início no primeiro dia do mês em que a empresa enviar o cadastro de seus empregados, sendo que ocorrências anteriores a esse cadastro não serão aceitas. Deverá ainda respeitar os prazos e informações obrigatórias constantes na Convenção Coletiva de Trabalho (CCT), sob pena de perda de direito ao recebimento do benefício pretendido. No caso das coberturas securitárias, caso o segurado ou beneficiário não proceda à abertura no sinistro no prazo prescricional previsto no artigo 206 do Código Civil, prescreverá seu direito de fazê-lo.
- e) Os pagamentos dos benefícios serão realizados em até 05 (cinco) dias úteis após análise da documentação completa e aprovação, desde que estejam em concordância com os requisitos estabelecidos para cada benefício.
- f) Em caso de solicitação de documentação complementar ou substituição de documentos incompletos, rasurados ou ininteligíveis, o prazo de 05 (cinco) dias úteis será recontado a partir da entrega e análise da documentação solicitada.

- g) Para ter direito aos benefícios, o responsável financeiro deve estar adimplente com a mensalidade do benefício Bem-Estar Social, e o empregado, ativo. Em caso de pessoa jurídica, deverá enviar, também mensalmente, as informações dos empregados admitidos e dispensados, conforme estipulado em CCT vigente. Em casos de finalização por inadimplência, após a quitação das pendências, a empregadora deverá encaminhar a lista atualizada para reinclusão, e os empregados serão incluídos com novo início.
- h) Todos os empregados receberão um certificado individual. Caso necessite das condições gerais das coberturas securitárias, solicite-as por e-mail.

## 2) BENEFÍCIOS DISPONÍVEIS PARA O TITULAR/EMPREGADO:

### 2.1. BENEFÍCIO PÓS-CIRÚRGICO

Tem como objetivo reembolsar o titular, via transação bancária e de acordo com o valor indicado na tabela anexa, dos custos tidos com medicamentos, alimentação ou traslados em função de cirurgia ocasionada por acidente sofrido. Para ter direito ao benefício, os seguintes requisitos deverão ser atendidos:

- Apresentar a carta de concessão do auxílio-acidente, que seja superior a 30 dias, emitido pelo INSS, e laudo cirúrgico;
- A cirurgia deve ter ocorrido dentro do período de até 90 dias contados da data do afastamento.

O pagamento poderá ser substituído por outras formas de transação financeira.

Esse benefício está limitado a 02 (duas) ocorrências por ano, por titular.

**Fato gerador:** Data do procedimento cirúrgico ocasionado pelo acidente.

#### **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 acidente expedida pelo INSS;
- c) Laudo cirúrgico com assinatura e carimbo do médico;
- d) Carteira de identidade e CPF do titular;

- e) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregado solicitante.

## 2.2. BENEFÍCIO ORTOPÉDICO

Tem como objetivo reembolsar, via transação bancária, o titular afastado do trabalho por acidente de valores para a locação ou compra de cadeiras de rodas, andadores, muletas, camas hospitalares e órteses, em um valor correspondente até o limite indicado na tabela em anexo. O afastamento deverá ser superior a 30 dias, deferido pelo INSS. Qualquer garantia necessária para locar e/ou retirar os aparelhos será de responsabilidade do titular ou da família, diretamente com a loja escolhida.

O pagamento poderá ser substituído por outras formas de transação financeira.

Esse benefício está limitado a 02 (duas) ocorrências por ano, por titular.

**Fato gerador:** Afastamento do trabalho por acidente, deferido pelo Órgão Oficial e superior a 30 (trinta) dias.

### 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 acidente expedida pelo INSS;
- c) Nota fiscal ou cupom fiscal de locação ou compra dos aparelhos ortopédicos (cadeiras de rodas, andadores, muletas, camas hospitalares e órteses);
- d) Carteira de identidade e CPF do titular;
- e) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregado solicitante.

## 2.3. BENEFÍCIO ALIMENTAR POR AFASTAMENTO

Tem como objetivo conceder ao titular afastado do trabalho por doença, por um período superior a 90 dias, com deferimento do INSS, valores para aquisição de gêneros alimentícios de primeira necessidade, via transação bancária. O valor corresponde ao limite indicado na tabela anexa.

O pagamento poderá ser substituído por outras formas de transação financeira.

Esse benefício está limitado a 02 (duas) ocorrências por ano, por titular.

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

**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 solicitante.

#### 2.4. BENEFÍCIO KIT NATALIDADE

Tem como objetivo conceder à empregada titular um kit de produtos úteis ao recém-nascido e à mãe. O Kit Natalidade será entregue na residência da empregada titular ou na entidade sindical para esta realizar a entrega, conforme definição do próprio sindicato.

Para que a entrega seja bem-sucedida, é fundamental que o endereço esteja completo e correto. Portanto, solicitamos que as informações sejam verificadas cuidadosamente. Após a confirmação dos dados, não será mais possível alterá-los.

Providências necessárias:

- Certifique-se de que haverá no endereço indicado alguém maior de 18 anos, com documento de identificação, para receber o Kit e assinar o Aviso de Recebimento (AR).
- Se você mora em prédio, verifique se a portaria está autorizada a receber o Kit.

Se a entrega não for efetivada por algum dos fatores citados acima, o Kit retornará para a Central dos Benefícios. Nesse caso, a beneficiária será responsável pelo custo do reenvio, que deverá ser pago por meio de transferência bancária.

O Kit Natalidade não poderá ser substituído por outras formas de pagamento.

**Fato gerador:** Nascimento de filho(a) da empregada titular.

**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 do benefício;
- c) Carteira de identidade e CPF da titular do benefício;
- d) Comprovante atualizado de endereço em nome da titular do benefício.

## 2.5. BENEFÍCIO CASAMENTO

Tem como objetivo conceder uma gratificação financeira ao titular, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, quando do seu casamento civil firmado em cartório, de forma rápida e desburocratizada. O pagamento poderá ser substituído por outras formas de transação financeira.

**Fato gerador:** Casamento civil firmado 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 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 empregado solicitante.

## 2.6. CLUBE DE VANTAGENS

Tem como objetivo fornecer uma rede com descontos significativos e ampla abrangência nacional, em lojas físicas e virtuais, a todo beneficiário ativo do Bem-Estar Social, no mês subsequente à inclusão no benefício.

### 3) COBERTURAS SECURITÁRIAS DISPONÍVEIS PARA O TITULAR/EMPREGADO:

### 3.1. MORTE ACIDENTAL – MA

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.

### 3.2. DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE – DIHA

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 e respeitado o limite máximo de diárias indenizáveis.

Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o segurado utilizar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade será paga em dobro em relação ao valor fixado contratualmente para essa garantia.

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

Os segurados ativos concorrerão a 04 (quatro) sorteios líquidos de R\$ 500,00 (quinhentos reais), sobre o qual incidirá 25% (vinte e cinco por cento) de Imposto de Renda conforme legislação vigente, 04 (quatro) vezes ao mês, aos sábados (no mês que tiver 05 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.

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

## 4) BENEFÍCIOS DISPONÍVEIS PARA O EMPREGADOR/RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

### 4.1. BENEFÍCIO REEMBOLSO DE RESCISÃO

Tem como objetivo conceder à entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, o pagamento de valores em razão de acerto de rescisão do contrato de trabalho de empregado que possuir no mínimo 7 (sete) anos, ou 84 (oitenta e quatro) meses, de vínculo empregatício



ininterrupto em regime CLT com a instituição empregadora e 12 (doze) meses de vínculo cadastral ininterrupto no benefício Bem-Estar Social, quando da ocorrência do fato.

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 empregado 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 eSocial, 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 do acerto trabalhista.
- d) Formulário de autorização para pagamento, em anexo, devidamente preenchido. A conta indicada no documento deverá, obrigatoriamente, estar em nome do empregador solicitante.

#### 4.2. BENEFÍCIO REEMBOLSO DE LICENÇA-PATERNIDADE

Tem como objetivo pagar à entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, valores para minimizar as despesas decorrentes da licença-paternidade do empregado titular.

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

O benefício também será deferido em casos de licença paternidade por adoção.

O benefício não será deferido em caso 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);
- 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.



#### 4.3. BENEFÍCIO REEMBOLSO DE LICENÇA-MATERNIDADE

Tem como objetivo conceder à entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, valores para minimizar as despesas decorrentes da licença-maternidade da empregada titular que já possuía 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.

O benefício não será deferido em caso de filho natimorto ou aborto espontâneo.

**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.

#### 4.4. BENEFÍCIO REEMBOLSO DE AFASTAMENTO POR ACIDENTE

Tem como objetivo pagar à entidade empregadora, até o limite e na forma determinada na tabela anexa, valores para auxiliar com as despesas decorrentes da ausência de empregado em gozo de benefício por auxílio-acidente deferido pelo INSS e que seja superior a 30 (trinta) dias.

Entende-se por acidente todo evento inesperado, indesejável, súbito e externo que cause danos pessoais e que não decorra de ato intencional do próprio empregado.

Não se enquadra nesse benefício o afastamento de empregados 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.

## 5) COBERTURA SECURITÁRIA DISPONÍVEL PARA O EMPREGADOR/RESPONSÁVEL FINANCEIRO:

### 5.1. RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

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.

## TABELA DE BENEFÍCIOS E COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA O TRABALHADOR

ASSISTÊNCIAS PARA OS TRABALHADORES			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
BENEFÍCIO PÓS-CIRÚRGICO	R\$ 500,00	1	Afastamento por acidente por período superior a 30 dias, seguido de procedimento cirúrgico.
BENEFÍCIO ORTOPÉDICO	Até R\$ 600,00	1	Afastamento por acidente por período superior a 30 dias, com locação ou compra de aparelhos.
BENEFÍCIO ALIMENTAR POR AFASTAMENTO	R\$ 1.000,00	1	Afastamento por doença por período superior a 90 dias.
BENEFÍCIO KIT NATALIDADE	R\$ 450,00	-	Nascimento de filho(a) da empregada titular.
BENEFÍCIO CASAMENTO	R\$ 900,00	1	Em caso de casamento do titular.
CLUBE DE VANTAGENS	-	-	Rede nacional de descontos.

COBERTURAS SECURITÁRIAS PARA OS TRABALHADORES		
BENEFÍCIOS	VALOR	DESCRIÇÃO
MORTE ACIDENTAL - MA	R\$ 5.000,00	Morte do segurado em consequência exclusiva de acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.
DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE - DIHA	Até 30 diárias de R\$ 200,00 cada	Em caso de hospitalização causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos.
4 SORTEIOS MENSAIS (SÉRIE FECHADA)	R\$ 500,00	Valores líquidos de Imposto de Renda.

**TABELA DE BENEFÍCIOS E COBERTURA SECURITÁRIA PARA O EMPREGADOR**

ASSISTÊNCIAS PARA AS EMPRESAS			
BENEFÍCIOS	VALOR	PARCELAS	DESCRIÇÃO
REEMBOLSO DE RESCISÃO	R\$ 2.000,00	1	Pagamento de rescisão de empregado com no mínimo sete anos de vínculo empregatício ininterrupto em regime CLT.
REEMBOLSO DE LICENÇA-PATERNIDADE	R\$ 450,00	1	Licença do empregado titular.
REEMBOLSO DE LICENÇA-MATERNIDADE	R\$ 600,00	1	Licença da empregada titular.
REEMBOLSO DE AFASTAMENTO POR ACIDENTE	R\$ 1.500,00	1	Afastamento do titular por acidente, superior a 30 dias.

COBERTURA SECURITÁRIA PARA AS EMPRESAS		
BENEFÍCIOS	VALOR	DESCRIÇÃO
RESCISÃO TRABALHISTA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL	Até R\$ 2.000,00	Reembolso de despesas com pagamento de verbas rescisórias, em consequência exclusiva de morte acidental do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos.

# ANEXOS

PREENCHA OS FORMULÁRIOS A SEGUIR, CONFORME INDICADO ANTERIORMENTE EM ALGUNS BENEFÍCIOS, NO ITEM “DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA REQUERIMENTO”.

### AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO

#### BENEFÍCIO BEM-ESTAR SOCIAL

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

#### PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É O EMPREGADO

Nome do empregado	CPF	Data de nascimento / /	
Nome da empresa		CNPJ	
Endereço do empregado		Bairro	
CEP	Cidade/UF	País	
Telefone	Celular	E-mail	
<b>Dados bancários em nome do beneficiário: ( ) Conta-corrente ( ) Conta poupança</b>			
Banco:	Nº do banco:	Agência	Conta (com dígito)
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 de abertura / /	
Nome do empregado vinculado ao benefício		CPF	
Endereço da empresa		Bairro	
CEP	Cidade/UF	País	
Telefone	Celular	E-mail	
<b>Dados bancários da empresa: ( ) Conta-corrente ( ) Conta poupança</b>			
Banco:	Nº do banco:	Agência	Conta (com dígito)

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Data Assinatura do responsável legal

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o(a) menor **[NOME DO ESTUDANTE]**, portador(a) do CPF nº **[Nº DO CPF]**, foi devidamente matriculado(a) nesta instituição de ensino, no **[DIA]**, no **[PERÍODO]**, ano letivo de **[ANO]** (**[X]**º semestre), e seu(sua) responsável legal, Sr. (Sra.) **[NOME DO PAI OU DA MÃE]**, efetuou 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

### Observações:

1. Os campos grafados em vermelho e negrito e delimitados por colchetes **[xxxx]** deverão ser substituídos pelas respectivas informações;
2. Somente terão validade as declarações emitidas em papel timbrado, com assinatura do departamento financeiro ou diretor da instituição de ensino, identificada por carimbo;
3. Não serão aceitas assinaturas impressas;
4. Serão aceitas apenas declarações originais.