

TERMO DE ADESÃO SEGURO VIDA

DADOS DA SEGURADORA

Razão Social GENERALI BRASIL SEGUROS S.A			CNPJ 33.072.307/0001-57			Código SUSEP 0590-8	
CEP 24220-460	Endereço Av. Barão de Tefé	Número 34	Complemento 16º andar		Nome do Produto Seguro Vida Prata INSS		
Grupo e Ramo 0993 – Pessoas Coletivo Vida em Grupo				Processo SUSEP 15414..901147/2014-38			
Nº da Apólice Coletiva/Subgrupo 719317800006978				Nº da Proposta			

DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social Banco Pine				CNPJ 62.144.175/0001-20		
CEP 04.433-900	Endereço Av Pres Juscelino Kubitscheck	Número 1830	Complemento N/A	Cidade São Paulo	UF	Telefone ()

DADOS DO SUBESTIPULANTE

Razão Social BYX PRODUTOS S.A				CNPJ 45.500.826/0001-58		
CEP 04.433-900	Endereço Av Pres Juscelino Kubitscheck	Número 1830	Complemento N/A	Cidade São Paulo	UF	Telefone ()

DADOS DO CORRETOR

Razão Social LINEAR RISCOS E BENEFÍCIOS CORRETORA DE SEGUROS LTDA			CNPJ 48.905.415/0001-30		Código SUSEP 222142170	
----------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------	--	---------------------------	--

DADOS DO PROPONENTE

Nome do Segurado					
Nacionalidade	Data de Nascimento	CPF		Órgão Emissor	CEP
Endereço		Número	Complemento		Telefone ()

DADOS DO SEGURO – COBERTURA

Coberturas	Franquia	Carência	Capital Segurado	Prêmio Líquido mensal por Cobertura
Morte	Não há	Não há	R\$ 2.000,00	R\$ 1,40
Auxílio Funeral	Não há	Não há	R\$ 2.000,00	R\$ 1,39

BENEFÍCIOS

Benefício	Descrição
Assistência Desconto Medicamentos	Descontos em medicamentos de 20% até 80%

VIGÊNCIA DO SEGURO

Início às 24h do dia / /	Fim às 24h do dia / /
--------------------------------	-----------------------------

PRÊMIO DE SEGURO

Prêmio mensal Líquido R\$ 2,79	IOF R\$ 0,01	Prêmio mensal Bruto R\$ 2,80	Remuneração Corretor Ver item “Demais Informações”	Remuneração Estipulante/Subestipulante Não há
Forma de Pagamento Pago pelo estipulante		Periodicidade Mensal	Forma de Contratação Não Contributário	

DESCRIÇÃO DE COBERTURAS

Morte	Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, ocorrido durante a Vigência do Certificado, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.
Auxílio Funeral	Esta cobertura quando contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, na ocorrência de morte do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro. O reembolso das despesas com funeral será pago mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.

BENEFICIÁRIOS

Os Beneficiários são as pessoas físicas designadas para receber os valores dos Capitais Segurados na ocorrência do Sinistro coberto. Na falta de indicação expressa serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Nome	CPF	Parentesco	Participação (%)

ASSISTÊNCIA DESCONTO MEDICAMENTOS

Serviço no qual o segurado terá acesso a descontos em medicamentos de no mínimo 20%, chegando até 80%. Para uso destes serviços, basta o segurado ir a uma farmácia credenciada e apresentar o número do cartão TEM e CPF, ou utilizar o APP TEM Saúde Digital, acessar o site <https://app.temsaude.com/bmgmed/login> ou ainda, entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 725 7720, de segunda à sexta-feira das 7h às 19h

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

O PROPONENTE declara estar ciente de que a contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

O PROPONENTE declara que ao contratar o presente seguro, tomou prévio conhecimento da íntegra das condições contratuais do seguro ora contratado, incluindo as Condições Gerais e Especiais do Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38, contendo todas as cláusulas do seguro ora contratado, que foram integralmente lidas, entendidas e aceitas pelo mesmo.

O PROPONENTE declara estar ciente de que qualquer pagamento de capital segurado por sinistro somente será liquidado após o pagamento do prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro), caso tenha feito declarações inexatas ou omitido circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela Seguradora, perderá o direito a qualquer indenização, sem restituição do prêmio total pago.

O PROPONENTE declara que as informações prestadas pelo mesmo no presente documento são verdadeiras e completas, assumindo total responsabilidade pela sua exatidão, inclusive que está em plena e perfeita condição funcional de saúde, não sendo portador de qualquer doença ou distúrbio que possa agravar o seu risco securitário.

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE (Continuação)

Em atendimento à Resolução CNSP 382/2020, o Proponente declara, também, que foi informado pelo Estipulante que o mesmo tem contrato de exclusividade com a Seguradora para a comercialização e oferta deste produto.

O Proponente declara que o Estipulante e o Corretor, intermediários nesta contratação, deram cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, §1º da referida Resolução.

Ainda declara-se ciente de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro, observadas as disposições das Condições Contratuais.

DEMAIS INFORMAÇÕES

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da Proposta de Adesão, mediante a análise do risco.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da presente Proposta, sendo autorizada a solicitação de documentos complementares, uma única vez, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, durante esse prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.gov.br/susep/pt-br.

DEMAIS INFORMAÇÕES (Continuação)

As condições contratuais do Plano de Seguro encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de Processo SUSEP e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br ou no site da Generali:

<https://www.generali.com.br/home/nossa-protecao/parcerias/amigozpine/>

Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800 021 8484.

Será paga remuneração ao Corretor de 0,1% sobre o Prêmio de Seguro líquido de IOF.

O Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado e exercerá seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, ou por meio do Serviço de Atendimento ao Consumidor.

Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo, expressamente, que meus dados pessoais (“Informações”) serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, inclusive meus dados de saúde obtidos quando da utilização das assistências à saúde. Ainda, reconheço e autorizo, expressamente, que os meus dados pessoais possam ser revelados a terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), seja mediante a distribuição de cópias, compilações, extratos, análises, cruzamento de dados ou outros meios que contenham ou de outra forma reflitam referidas Informações, estendendo aos terceiros (drogarias, farmácias, hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros prestadores de serviços da Saúde), a autorização para realizarem o tratamento dos meus dados pessoais conforme aqui descrito e seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali e dos terceiros prestadores das Assistências.

Ao contratar o seguro objeto deste documento, reconheço e concordo que meus dados pessoais serão utilizados para os fins necessários à consecução do seu objeto, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali.

Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em www.generali.com.br.

Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo email: privacidade@generali.com.br.

A Generali Brasil Seguros S.A. possui canais específicos para que sejam relatadas quaisquer reclamações ou cancelamento do seu seguro, Centrais de atendimento 0800 300 1831 de segunda a sábado das 8h às 20h, Central de Cancelamento 0800 603 6633, SAC 0800 889 0200 disponível 24 (vinte e quatro) horas por 7 dias na semana, pessoas com deficiência auditiva ou de fala deverão ligar para 0800 889 0400 e Ouvidoria 0800 880 3900 de segunda a sexta-feira das 9h às 18h.

Cidade _____, Data ____/____/____

Assinatura do Proponente _____

Nome:

CPF: