

TERMO DE ADESÃO SEGURO PRESTAMISTA

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 Prestamista Convênios	
Nº da Apólice Coletiva/Subgrupo 717717600000304				Nº da Proposta	

DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social Banco Pine S/A			CNPJ 62.144.175/0001-20		Código SUSEP N/A	
CEP 04.543-900	Endereço AV PRES JUSCELINO KUBITSCHKE	Número 1830	Complemento -	Cidade São Paulo	UF SP	Telefone (11) 3372-5200

DADOS DO SUBESTIPULANTE

Razão Social Byx Produtos S.A.			CNPJ 45.500826/0001-58			
CEP 04.543-900	Endereço AV PRES JUSCELINO KUBITSCHKE	Número 1830	Complemento -	Cidade São Paulo	UF SP	Telefone (11) 43260479

DADOS DO CORRETOR

Razão Social Linear Corretora de Seguros LTDA			CNPJ 42.180.052/0001-37		Código SUSEP 212118755	
--	--	--	----------------------------	--	---------------------------	--

DADOS DO CO-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	Taxa anual líquida por Cobertura
Morte	Não há	90 dias	Quitação do saldo devedor limitado em R\$ 8.000,00	6,555%
IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente	Não há	Não há	Quitação do saldo devedor limitado em R\$ 8.000,00	0,418%



generali.com.br

Impresso em 20/07/2022 11:15:55

VIGÊNCIA DO SEGURO

Início às 24h do dia / /

Fim às 24h do dia / /

BENEFÍCIOS

Benefício

Descrição

Capitalização Sorteio Mensal

Sorteio de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) líquido de IR

Assistência Subsidio
Medicamentos

Ilimitado para medicamentos regulados pela ANVISA genéricos, similares, OTC genéricos (de venda livre) e tarjados referência constantes na listagem ABCFarma, comercializados em redes de farmácias e drogarias para o segurado titular provindo de atendimento médico e/ou odontológico emergencial (pronto socorro), ou após alta hospitalar de internações de urgência. Este benefício se estende para receita de medicamentos obtida após consulta eletiva limitado a 3 (três) utilizações no ano em meses distintos, sendo que cada utilização está limitada ao valor de até R\$ 100,00 (cem reais), em hipótese alguma estes valores se acumulam em uma única utilização

Assistência Residencial

Titular, até R\$ 100,00 (cem reais) por evento, até 1 (um) acionamento durante a vigência do certificado

PRÊMIO DE SEGUROPrêmio anual Líquido
R\$IOF
R\$Prêmio anual Bruto
R\$Remuneração Corretor
Ver item "Demais
Informações"Remuneração Subestipulante
Ver item "Demais
Informações"Forma de Pagamento
CartãoPeriodicidade
AnualForma de Contratação
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 Bilhete, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.

Invalidez Permanente
Total por Acidente
(IPTA)

Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido pela perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos nestas Condições Especiais, em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Bilhete, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro.

BENEFICIÁRIOS

O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o Estipulante/Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

CAPITALIZAÇÃO

O segurado concorrerá a 1 (um) sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês partir do 1º (primeiro) mês subsequente ao do pagamento do seguro, no valor líquido de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), garantido pela **ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A**, CNPJ 74.267.170/0001-73.

O não pagamento do prêmio excluirá automaticamente o direito do segurado de participar do sorteio. Promoção válida de 01/05/2023 a prazo indeterminado. O regulamento da promoção está disponível no endereço:

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

Processo SUSEP nº 15414.900693/2019-66

Central Atendimento ICATU: SAC 0800 286 0109 | Ouvidoria 0800 286 0047

SEU NÚMERO DA SORTE ESTARÁ DISPONÍVEL NO SEU CERTIFICADO, SENDO GERADO APÓS A APROVAÇÃO DA PROPOSTA

ASSISTÊNCIA SUBSÍDIO MEDICAMENTOS

Serviço que tem por objetivo o fornecimento ilimitado de medicamentos regulados pela ANVISA genéricos, similares, OTC genéricos (de venda livre) e tarjados referência constantes na listagem ABCFarma, comercializados em redes de farmácias e drogarias para o segurado titular provindo de atendimento médico e/ou odontológico emergencial (pronto socorro), ou após alta hospitalar de internações de urgência. Este benefício se estende para receita de medicamentos obtida após consulta eletiva limitado a 3 (três) utilizações no ano em meses distintos, sendo que cada utilização está limitada ao valor de até R\$100,00 (cem reais). Caso o valor utilizado, em cada acionamento da assistência, seja menor do que o valor de R\$ 100,00 (cem reais) a diferença não poderá ser utilizada uma próxima vez, em hipótese alguma estes valores se acumulam em uma única utilização. Para utilização do benefício o segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento 0800 038 6300 para solicitação de autorização prévia, sendo necessário o envio da seguinte documentação: prescrição médica e/ou odontológica (assinada, carimbada, datada e com identificação do profissional da saúde, contendo o CRM e/ou CRO) válida, documento de identificação do segurado com foto e documento/relatório assinado pelo médico assistente que evidencie o atendimento emergencial, alta hospitalar ou consulta eletiva feita em no máximo 30 (trinta) dias. A autorização será concedida após análise da documentação encaminhada com a validação dos itens prescritos e as condições contratuais do serviço. O segurado receberá as instruções necessárias para a retirada dos medicamentos aprovados na Rede Credenciada ou através de qualquer farmácia de livre escolha pelo sistema de reembolso. Para maiores informações consulte o Regulamento ou ligue 0800 038 6300.

ASSISTÊNCIA RESIDENCIAL

O segurado terá direito a mão de obra do prestador até R\$ 100,00 (cem reais) por evento, Chaveiro para acesso ao domicílio, Encanador, Eletricista limitados a 01 (um) acionamento durante a vigência do seguro e poderá entrar em contato com a Central de Atendimento 3004-9817 Capitais e 0800 728 2076 Demais Regiões. **O serviço não prevê reembolso.**

Serviço	Tipo de Evento	Limite de Utilização	Limite Serviços
Chaveiro para acesso do domicílio (entrada ou saída) Emergencial ou não-emergencial	Perda, quebra de chaves na fechadura; Roubo ou furto das chaves	01 (um) acionamento por Evento	- Mão-de-obra do prestador até R\$100,00 (cem reais) por Evento - Até 01 (um) acionamento por vigência
Encanador Emergencial ou não-emergencial	Imóvel alagado ou em risco de alagamento; Problemas hidráulicos	01 (um) acionamento por Evento	- Mão-de-obra do prestador até R\$100,00 (cem reais) por Evento - Até 01 (um) acionamento por vigência
Eletricista Emergencial ou não-emergencial	Problemas elétricos	01 (um) acionamento por Evento	- Mão-de-obra do prestador até R\$100,00 (cem reais) por Evento - Até 01 (um) acionamento por vigência
Manutenção Geral	Indicativo	01 (um) acionamento por Evento	Indicação de mão-de-obra especializada para manutenção geral

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 conhecimento na íntegra das condições contratuais do seguro ora contratado, incluindo as Condições Gerais e Especiais dos Processos SUSEP nº 15414.630100/2019-99, 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 taxaço 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.

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 da presente proposta de seguro está 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.

DEMAIS INFORMAÇÕES (Continuação)

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.

Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

Modalidade de capital de seguro "Variável". Trata-se de uma modalidade em que o capital segurado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro.

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 site www.susep.gov.br.

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.generalicom.br/home/nossa-protecao/parcerias/amigozpine/>

Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800 021 8484.

Será paga remuneração ao Subestipulante de 57% sobre o Prêmio de Seguro líquido de IOF.

Será paga remuneração ao Corretor de 3,5 % sobre o Prêmio de Seguro líquido de IOF.

Será paga remuneração ao Co-Corretor de 3% 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

DEMAIS INFORMAÇÕES (Continuação)

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.

Caso não seja possível efetuar a cobrança do valor do prêmio total na data da renovação do seguro, autorizo a alteração da forma do pagamento do prêmio para periodicidade mensal.

Cidade _____, Data ____/____/____

Assinatura do Proponente _____

Nome:

CPF:



Presidente Generali Brasil Seguros

Andrea Crisanaz