

CREDI FARMA - Termo de Adesão

Seguro de Vida em Grupo Taxa Média - CREDI SHOP

DADOS DA SEGURADORA

Razão Social GENERALI BRASIL SEGUROS S/A		CNPJ 33.072.307/0001-57	Código SUSEP 0590-8	
CEP 20040-002	Endereço Av. Rio Branco	Número 128	Complemento Pavimento 3 ao 10	
Grupo e Ramo 0993 – Pessoas Coletivo Vida em Grupo		Processo SUSEP 15414.901147/2014-38	Nome do Produto Vida em Grupo Taxa Média	

DADOS DA CORRETORA

Razão Social CALVENTE CONSULTORIA ADM E CORRETAGEM DE SEGUROS		CNPJ 61.061.768/0001-60	Código SUSEP 100074861	
--	--	----------------------------	---------------------------	--

DADOS DO ESTIPULANTE

Razão Social CREDI SHOP SA ADMINISTRADORA DE CARTOES DE CREDITO		CNPJ 62.895.230/0001-13		
CEP 64001-020	Endereço Av. Frei Serafim	Número 2648	Complemento Bairro Ilhotas	Telefone (86) 3215-1250
Nº da Apólice Coletiva: 71820081744		Data Emissão da Apólice: 09/12/2019	Nº da Proposta: _____	
Início da Vigência da Apólice às 24 (vinte e quatro) horas do dia 09/12/2019		Fim da Vigência da Apólice às 24 (vinte e quatro) horas do dia 08/12/2029		

DADOS DO SEGURADO

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

COBERTURAS / CAPITAL SEGURADO / OUTROS

Coberturas	Franquia	Carência	Fracionamento do Capital Segurado	Capital Segurado	Prêmio Líquido por Cobertura
Morte Acidental	Não há	Não há	100%	R\$ 5.000,00	R\$ 9,86

BENEFÍCIOS

Benefício	Descrição
Assistência Medicamento Familiar	Cobertura para quatro familiares: segurado + cônjuge + filhos

PRÊMIO DE SEGURO

Prêmio Líquido R\$ 9,86	IOF R\$ 0,038	Prêmio Bruto R\$ 9,90	Periodicidade Mensal
Pró Labore Estipulante R\$ 7,43 (75%)		Forma de Pagamento Cartão de crédito	Forma de Contratação Contributário



Nome do Segurado: _____

Número da Proposta: _____

BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários do Seguro serão aqueles definidos nos termos do artigo 792 do Código Civil Vigente - Lei 10.496/02. Caso queira, o Segurado poderá alterar o beneficiário, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS - ASSISTÊNCIA MEDICAMENTO FAMILIAR

Serviço prestado pela **BSF SAÚDE - CNPJ 202.595.406/0001-71** tem por objetivo a aquisição gratuita de medicamentos genéricos, regulados pela ANVISA e constantes na ABCFARMA, comercializados em redes de farmácias e drogarias, pelo segurado e dependentes, oriundo de atendimento emergencial (pronto socorro) ou internação. O segurado ou dependente, deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da BSF SAÚDE (0800 0386300) assim como pelo WhatsApp SAC no número (11) 95254-2759, Canal de atendimento para aberturas de novas solicitações, envio de documentação e demais serviços pelo endereço atendimento.credishop@bsfsaude.com.br e canal de atendimento para solicitações de reembolso pelo endereço eletrônico reembolso.credishop@bsfsaude.com.br, para apresentação e análise prévia do prontuário médico de atendimento emergencial ou internação do ASSOCIADO segurado. A assistência estará condicionada a autorização via Central de Atendimento após análise da documentação. O segurado receberá as instruções necessárias para a retirada dos medicamentos nos estabelecimentos credenciados ou ainda sistema de reembolso em casos de aquisições em Farmácias não Credenciadas.

NOME DOS BENEFICIÁRIOS DA ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOS	GRAU PARENTESCO
1)	
2)	
3)	

DEMAIS INFORMAÇÕES

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 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 o PROPONENTE tiver 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.



Nome do Segurado: _____

Número da Proposta: _____

DEMAIS INFORMAÇÕES (continuação)

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

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 www.generali.com.br Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800-0218484.

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.

Comunicamos que à Generali Brasil Seguros S.A possui canais específicos para que sejam relatadas quaisquer reclamações ou dúvidas relacionadas ao seu seguro, centrais de atendimento 0800 777 8803 de segunda a sábado das 8h às 20h, 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: _____



Presidente Generali Brasil Seguros

Andrea Crisanaz



GENERALI BRASIL SEGUROS S/A
(CNPJ: 33.072.307/0001-57 • CÓD. SUSEP: 0590 8)

