

CERTIFICADO DO SEGURO ASSISTÊNCIA PLUS TOTAL

ASSISTÊNCIA PLUS TOTAL

Dados do Segurado:

Nº do Cliente: _____

Nº do Certificado: _____

Nº da Proposta: _____

Nome do Titular do Seguro: _____

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

Capital Segurado Individual: será definido de acordo com o evento coberto, conforme o plano contratado descrito na tabela abaixo.

COBERTURA TITULAR	IMPORTÂNCIA SEGURADA DO TITULAR	IMPORTÂNCIA SEGURADA DO ADICIONAL
Morte	R\$ 2.400,00 correspondente a 12X de R\$ 200,00	R\$ 2.400,00 correspondente a 12X de R\$ 200,00
Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença	R\$ 2.000,00 correspondente até 40 diárias de R\$ 50,00	R\$ 2.000,00 correspondente até 40 diárias de R\$ 50,00
Serviços (*)	Limite	Limite
Assistência Funeral	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
Prêmio Mensal	R\$ 8,90	R\$ 6,90 - POR ADICIONAL

ELEGIBILIDADE - Titular: Pessoas físicas com idade mínima de 18(dezoito) e máxima de 70 (setenta) anos completos na data do ingresso ao seguro e que se encontrem aptos a exercer qualquer atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

Adicional: Com idade máxima de até 60 (sessenta) anos, e limitados ao cônjuges e aos descendentes diretos (filhos do titular) e/ou os ascendentes diretos (pais do titular).

1. **Resumo dos Principais Riscos Excluídos - Todas as Coberturas:** Este seguro não indenizará em nenhuma das suas coberturas os eventos a seguir e suas consequências: **a)** Doenças e/ou lesões pré-existentes à contratação do seguro; **b)** O suicídio premeditado ou não e sua tentativa, se ocorrer nos dois primeiros anos de vigência; **c)** Os danos causados por atos ilícitos e dolosos praticados pelo segurado e/ou seus representantes; **d)** Uso de material nuclear para quaisquer fins; **e)** Atos ou operação de guerra, declarada ou não; **f)** Ato terrorista; **g)** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; **h)** Competições em veículos, inclusive treinos preparatórios; **i)** Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada; **j)** Acidentes, bem como suas consequências, ocorridas antes da inclusão do segurado no seguro; **k)** As doenças, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas por acidente pessoal, ressalvadas as infecções e estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível; **l)** As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos; **m)** As situações reconhecidas ou equiparadas, pelas instituições oficiais de previdência ou entidades assemelhadas, a "invalidez acidentária"; **n)** Direta ou indiretamente de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas. – **1.2. Diária por Internação Hospitalar Acidente ou Doença:** **a)** Hospitalização para exames físicos rotineiros, check-up e investigação diagnóstica; **b)** Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou sua variações; **c)** Hospitalização quando o segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados; **d)** Cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade e suas consequências; **e)** Cirurgias plásticas e suas consequências. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro; **f)** Hospitalizações decorrentes de doenças congênitas; **g)** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético; **h)** Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde; **i)** Quaisquer alterações mentais; **j)** Doenças preexistentes ao início de vigência individual deste seguro; **k)** Ferimentos auto infligidos, enquanto mentalmente sadio ou doente; **l)** Gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade e inseminação artificial; **m)** Cirurgia para correção de fimose; **n)** Cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica; **o)** Tratamento odontológico; **p)** Home Care (internação residencial); **q)** Convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento; casos psiquiátricos, doenças mentais, sonoterapia ou psicoterapia; **r)** Danos físicos ou doenças resultantes de testes, experiências, transporte ou explosão nuclear de qualquer natureza; **s)** Epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população; **t)** Miopia. – **1.6. Exclusões por Instituições não Cobertas:** **a)** Instituição para atendimento de deficientes mentais; **b)** Local para idosos, casas de descanso, asilos ou assemelhados; **c)** Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; **d)** Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação, clínicas de emagrecimento e SPA.
2. **Prêmio Mensal:** **a) Prêmio Mensal do Titular: R\$ 8,90; - b) Prêmio Mensal por Adicional Contratado: R\$ 6,90.**

3. **Beneficiários:** **3.1. Morte:** a) **Segurado Titular:** Para indicação de beneficiários para pagamento da indenização entrar em contato através do e-mail canalamigo@qbe.com.br. Quando não mencionado os beneficiários estes serão definidos conforme legislação em vigor; b) **Segurados Adicionais:** O beneficiário será sempre o segurado titular; - **3.2. Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença:** a) **Segurado Titular:** o beneficiário será o próprio segurado; b) **Segurados Adicionais:** O beneficiário será o próprio adicional.
4. **Vigência:** **4.1. Início de Vigência:** O seguro terá início a partir do 1º dia do mês do 1º pagamento do prêmio mensal; - **4.2. Vigência:** O seguro Credishop Assistência Plus Total, cuja vigência é anual, permanecerá válido enquanto for mantido o pagamento mensal do seguro.
5. **Carências:** **5.1. Morte:** 02 (dois) anos para suicídio; - **5.1. Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença:** Período de **15 (quinze) dias consecutivos**, contados a partir do início de vigência do seguro.
6. **Franquias:** **6.1. Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença:** Período de 01 (um) dia consecutivo contado a partir do evento internação.
7. **Suspensão do Seguro:** **7.1.** Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio, as coberturas deste seguro ficarão automaticamente suspensas a partir das 24hrs desta data, voltando a vigorar a partir das 24hrs do dia da regularização do pagamento do prêmio; **7.2. Decorrido o prazo de 60 dias da data do inadimplemento, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro será cancelado;** - **7.3.** Qualquer indenização/reembolso somente será devida se o prêmio relativo ao período de ocorrência do sinistro houver sido pago na data avençada, a cobertura não estiver suspensa e desde que o seguro já não esteja cancelado.
8. **Cancelamento do Seguro:** **8.1. Decorrido o prazo referido no item 7.2, sem que tenha sido quitado o prêmio do seguro, o mesmo ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial. – 8.2.** Se o estipulante deixar de recolher à seguradora prêmios recebidos, tal fato não ensejará o cancelamento dos respectivos certificados individuais e nem a suspensão de suas coberturas. – **8.3. Cessaçã o da cobertura individual:** a) Automaticamente com o desaparecimento do vínculo entre segurado e estipulante; b) Quando o segurado solicitar expressamente sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; c) Com o fim de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, se esta não for renovada; d) Com a morte do segurado; e) Por falta de pagamentos de prêmios, conforme legislação em vigor; f) Pela seguradora ou estipulante no aniversário da apólice; g) Se o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude. – **8.3.1. A cobertura dos segurados adicionais cessa:** a) Com a morte do segurado principal; b) Com perda da condição de dependente, conforme legislação em vigor; c) A pedido do segurado principal; d) Com a exclusão do segurado principal da apólice; e) Com a exclusão da respectiva cláusula suplementar da apólice.
9. **Perda da Indenização:** A seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do estipulante, do segurado e/ou seus representantes: a) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas; b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro e na lei; c) Dolo, fraude ou tentativa de fraude; d) O segurado agravar intencionalmente o risco objeto do contrato, incluindo: dependência química de álcool, drogas ou medicamentos; e) Não fornecimento da documentação solicitada.
10. **Sinistros:** **10.1.** Ocorrendo sinistro, a **Central de Atendimento (0800 772 2042)**, deve ser comunicada direta e imediatamente pelos beneficiários do seguro, a qual solicitará os documentos necessários para análise do evento. – **10.2. A documentação solicitada é referencial, pois, durante a análise e regulação do sinistro, outros documentos poderão ser solicitados;** - **10.3.** Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências; - **10.4.** Após a apresentação de toda a documentação necessária para a liquidação do sinistro, a seguradora efetuará o pagamento da indenização devida no prazo de até 30 dias.
11. **Assistência Funeral:** Os serviços de assistência funeral são destinados a atender o segurado titular e seus beneficiários em caso de morte. Ocorrendo sinistro, a **Central de Assistência (0800 770 1269)**, deverá ser comunicada imediatamente. Para maiores detalhes, acessar: <http://meucertificado.qbe.com.br/credishopassistenciaplustotal2>
12. **Demais Condições:** **12.1.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site: www.susep.gov.br. - **12.2.** O registro deste plano na Susep não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; - **12.3.** Este certificado de seguro apresenta as coberturas e capitais do produto contratado. Maiores esclarecimentos encontram-se no resumo das condições gerais que regem este seguro que estão à disposição na internet através do endereço <http://meucertificado.qbe.com.br/credishopassistenciaplustotal2> – **12.4. O consumidor pode desistir do contrato no prazo de 7 (sete) dias a contar de sua assinatura ou do ato de recebimento do produto ou serviço, sempre que a contratação de fornecimento de produtos e serviços ocorrer fora do estabelecimento comercial, especialmente por telefone ou a domicílio. Se o consumidor exercer o direito de arrependimento previsto neste artigo, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo de reflexão, serão devolvidos, de imediato, monetariamente atualizados.**
13. **Foro:** Fica eleito o foro de domicílio do cliente segurado para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução do presente resumo.

CERTIFICADO DO SEGURO ASSISTÊNCIA PLUS TOTAL

ASSISTÊNCIA PLUS TOTAL

Dados do Segurado:

Nº do Cliente: _____

Nº do Certificado: _____

Nº da Proposta: _____

Nome do Titular do Seguro: _____

Data de Nascimento: _____

CPF: _____

Segurados Adicionais: (R\$ 6,90 por pessoa) - Sim [] ou Não []

ELEGIBILIDADE - Titular: Pessoas físicas com idade mínima de 18(dezoito) e máxima de 70 (setenta) anos completos na data do ingresso ao seguro e que se encontrem aptos a exercer qualquer atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

Adicional: Com idade máxima de até 60 (sessenta) anos, e limitados ao cônjuges e aos descendentes diretos (filhos do titular) e/ou os ascendentes diretos (pais do titular).

Nome do Cliente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Nome do Cliente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Nome do Cliente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Nome do Cliente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Nome do Cliente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Nome do Cliente: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESSE TERMO DE ADESÃO SÃO VERDADEIRAS E QUE RECEBI NESSE ATO O RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO CREDISHOP ASSISTÊNCIA PLUS TOTAL E FUI INFORMADO QUE ESTÁ DISPONÍVEL PARA CONSULTA O INTEIRO TEOR DESTES CONTRATOS NO SITE <http://meucertificado.qbe.com.br/credishopassistenciaplustotal2>

DECLARO TAMBÉM QUE FUI DEVIDAMENTE ADVERTIDO(A) QUE ESTE SERVIÇO DE SEGURO NÃO INTERFERE NA APROVAÇÃO OU NA ANÁLISE PARA EMISSÃO DE QUALQUER CARTÃO ADMINISTRADO PELA CREDI-SHOP. E QUE A CONTRATAÇÃO FOI DE MINHA LIVRE ESCOLHA.

Seguro de Pessoas: Processo SUSEP nº 15414.003574/2008-19 RAMO 0993 – VIDA EM GRUPO – Apólices nº 79300000027 e 79300000028

Declaro que estou de acordo com as condições acima.

Nome: _____

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Estipulante:



Credishop S/A – Adm. de Cartões de Crédito
CNPJ: 62.895.230/0001-13

Seguradora:



QBE Brasil Seguros S/A
CNPJ: 96.348.677/0001-94
Registro SUSEP: 594-1

Administração:



Balance Corretora de Seguros Ltda
CNPJ: 08.561.069/0001-04
Registro SUSEP: 050726.1.057208-0

Assistência:



Mondial Serviços Ltda
CPNJ: 52.910.023/0001-37