

# TERMO DE ADESÃO

## SEGURO PLUS TOTAL

**DADOS DO SEGURADO**

Nº do Cliente: \_\_\_\_\_

Nº da Apolice: \_\_\_\_\_

Nº da Proposta: \_\_\_\_\_

Nome do Titular do Seguro: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

**Capital Segurando individual:** será definido de acordo com o evento coberto, conforme o plano contratado descrito na tabela abaixo:

COBERTURAS	IMPORTÂNCIA SEGURADA DO TITULAR	PRÊMIO POR COBERTURA TITULAR
Morte	R\$ 2.400,00	R\$ 6,23
Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença	R\$ 2.000,00 correspondente até 40 diárias de R\$ 50,00	R\$ 2,67
<b>Prêmio Mensal</b>		<b>R\$ 8,90</b>

COBERTURAS	IMPORTÂNCIA SEGURADA DO ADICIONAL	PRÊMIO POR COBERTURA ADICIONAL
Auxílio Funeral (Reembolso)	Até R\$ 1.500,00	R\$ 4,83
Auxílio Cesta Básica (Morte)	Até R\$ 4.550,00	R\$ 2,07
<b>Prêmio Mensal</b>		<b>R\$ 6,90</b>

**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 aos 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: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE

Nome do Beneficiário: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Porcentagem de Participação: \_\_\_\_\_

**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**

**<https://www.zurich.com.br/pt-r/parceiros/credishop-assistencia-plus>**

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.

Caso o segurado deseje adicionar novos beneficiários que não seja os legais, poderá fazê-lo acionando a central de atendimento Zurich Minas Brasil através do telefone 4020 4848 (Para Capitais e Regiões metropolitanas) ou 0800 285 4141 (Demais localidades).

Declaro estar de acordo com a presente proposta e condições contratuais e que nada omiti, tendo prestado todas as informações completas e verídicas, ficando a Seguradora autorizada a utilizar tais informações no amparo e defesa de seus direitos. Estou ciente que de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se prestei declarações inexatas ou omiti informações e/ou circunstâncias que possam influir na aceitação de proposta ou no cálculo de prêmio, o seguro se tornará nulo, perdendo o direito às coberturas.

Pelo presente, solicito minha inclusão na apólice contratada pelo Estipulante junto à Seguradora, constituindo-o meu mandatário, com poderes expressos para representar-me, na forma prevista no Decreto Lei 73/66 e do Código Civil. Declaro que, ao preencher a presente proposta de adesão, tomei conhecimento na íntegra das Condições Contratuais do seguro, incluindo as Condições Gerais, estando ciente que: a) a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. **A Seguradora, após recebimento da Proposta, terá 15 dias para definir pela aceitação ou recusa do risco.** O seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste por escrito, o motivo da recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data em que a Proposta for protocolizada junto à Seguradora. Este prazo será suspenso, quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que somente poderá ocorrer uma única vez, voltando o prazo a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

b) Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. c) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. **d) As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).**

**Seguro de Pessoas: Processo SUSEP nº 15414.901057/2014-47 RAMO 0993 – VIDA EM GRUPO – Apólices nº 79300000027 e 79300000028**

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

**O Estipulante é remunerado com 62%, sobre o Prêmio Líquido, a cada pagamento do seguro, a título de Pró-Labore.**

**O Estipulante informa que há contrato de exclusividade com a seguradora para a comercialização e oferta deste produto.**

**“Declaro, como Segurado nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, recebi todas as informações obrigatórias contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução”.**

O proponente e/ou seu representante devidamente autorizado, reconhece que, ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados poderão ser usados em modelos estatísticos das empresas, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, sendo que ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que ajudem no cumprimento do contrato de seguro. Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

“O produto de seguro, de contratação facultativa, é acessório ao cartão de crédito e, portanto, a aprovação da proposta de contratação dependerá da existência/aprovação de um cartão de crédito Credishop. Após o aceite do seguro, seu respectivo certificado estará disponível no site [www.credishop.com.br](http://www.credishop.com.br) Em até 05 (cinco) dias úteis após o pagamento do primeiro prêmio mensal do seguro.”

Declaro que estou de acordo com as condições acima.

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

**Credishop S/A – Instituição de Pagamento CNPJ: 62.895.230/0001-13**  
**Endereço: Av.Frei Serafim, 2648 Bairro Ilhotas – CEP: 64.001-020 Teresina-PI**  
**Telefone Central de Atendimento 4020-1234 (Metrópoles) 0800-707-1234 (Demais Localidades) Ouvidoria ( 0800-591-2019)**

**Zurich Minas Brasil Seguros**  
**S/A CNPJ: 17.197.385/0001-21**

**Código SUSEP: 05495**

**Atendente** \_\_\_\_\_

**Matrícula** \_\_\_\_\_

  
**Edson Luis Franco**  
CEO Zurich no Brasil

Estipulante



Credishop S/A - Instituição de Pagamento  
CNPJ: 62.895.230/0001-13

Seguradora



**ZURICH**

Zurich Minas Brasil Seguros S/A  
CNPJ: 17.197.385/0001-21  
Cod Susep: 05495