|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TERMO DE ADESÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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**  **Prestamista EP** | | | | | | | | | | |
| **Grupo e Ramo**  0977 – Pessoas Coletivo Prestamista | | | | | | | | | | | | | | **Processo SUSEP**  15414.630111/2019-79 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DA CORRETORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Razão Social**  Ralic Consultoria e Corretagem de Seguros Ltda | | | | | | | | | | | | | | | | | | **CNPJ**  10.198.495/0001-69 | | | | | | | | **Código SUSEP**  202066926 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO ESTIPULANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Razão Social**  TIDAS CREDIÁRIO LTDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **CNPJ**  09.077.620/0001-01 | | | | | | | | | | | |
| **CEP**  89160-314 | **Endereço**  Avenida Oscar Barcelos | | | | | | | | | | | | | | | **Número**  421 | | | **Complemento** | | | | **Cidade** | | | | | | **UF** | |
| **Nº da Apólice Coletiva**  717723600000390 | | | | | | | | | | | **Nº da Proposta** | | | | | | | | **Telefone**  ( ) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO PROPONENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Proponente** | | | | | | | | | | | | | | | **Nome Social do Proponente** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de Nascimento** | | | | | | | | | | **CPF** | | | | | | | | | | | **Órgão Emissor** | | | **Nacionalidade** | | | | | | |
| **CEP** | | | | **Endereço** | | | | | | | | | | | | | **Número** | | | | **Complemento** | | | **Telefone**  ( ) | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS DO SEGURO – COBERTURA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Coberturas** | | | | | **Franquia** | | **Carência** | | | | | | **Capital Segurado** | | | | | | | | | **Taxa Líquida Mensal por Cobertura** | | | | | **Prêmio Líquido Mensal por Cobertura** | | | |
| **Morte Acidental** | | | | | Não há | | Não há | | | | | | Quitação saldo devedor limitado a R$ 4.000,00 | | | | | | | | | 0,0262% | | | | |  | | | |
| **IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente** | | | | | Não há | | Não há | | | | | | Quitação saldo devedor limitado a R$ 4.000,00 | | | | | | | | | 0,0046% | | | | |  | | | |
| **Perda de Renda por Desemprego Involuntário** | | | | | 30 dias | | 30 dias | | | | | | Até 2 parcelas de até R$500,00 cada | | | | | | | | | 0,3222% | | | | |  | | | |
| **Perda de Renda por Incap. Física Temp. por Acid. ou Doença** | | | | | 30 dias | | 30 dias | | | | | | Até 2 parcelas de até R$500,00 cada | | | | | | | | | 0,2148% | | | | |  | | | |
| **BENEFÍCIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Benefício** | | | | | | | | | **Descrição** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Capitalização - Sorteio Mensal | | | | | | | | | Sorteio de R$ 4.000,00 bruto de IR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VIGÊNCIA DO SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Início às 24h do dia** / / | | | | | | | | | | | | | | **Fim às 24h do dia**  / / | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRÊMIO DE SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prêmio Líquido**  R$ | | **IOF**  R$ | | | | **Prêmio Bruto**  R$ | | | | | | **Remuneração Estipulante**  Ver item “Demais Informações” | | | | | | | **Remuneração Corretor**  Ver item “Demais Informações” | | | | | | | | | | | |
| **Forma de Pagamento** | | | | | | **Periodicidade** | | | | | | | | | | | | | **Forma de Contratação**  Contributária | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DESCRIÇÃO DE COBERTURAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Morte Acidental | Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do certificado, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro. | | IPTA  Invalidez Permanente Total por Acidente | 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 certificado, observando-se os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro. | | Perda de Renda por Desemprego Involuntário | Esta cobertura, quando contratada, garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), em forma de renda mensal temporária, caso o Segurado venha a ficar desempregado involuntariamente, durante a vigência do certificado, após o período de Carência, observando-se a Franquia, os Riscos Excluídos e demais termos das Condições Contratuais deste seguro. | | Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente. ou Doença | Esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de renda mensal temporária, durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou ocupação, em consequência de Acidente Pessoal ou Doença coberta, ocorridos durante a vigência do certificado, após o período de Carência, observando-se a Franquia, 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MODALIDADE DE CAPITAL DE SEGURO – VINCULADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Modalidade em que o capital segurado deve ser igual ao valor da Obrigação e ser alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste. Este Seguro Prestamista está vinculado ao crédito concedido pelo Estipulante junto ao Segurado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CAPITALIZAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O segurado concorrerá a 01 sorteio mensal pela Loteria Federal, realizado no último sábado de cada mês (a partir do mês do segundo mês ao do pagamento do prêmio), no valor bruto de R$ 4.000,00 (quatro mil reais), garantido pela **ICATU CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ nº 74.267.170/0001-73**. O não pagamento do prêmio excluirá automaticamente o direito do segurado de participar do sorteio. Promoção válida de 01/04/2024 a prazo indeterminado. Para mais informações consulte as Condições Gerais, o regulamento da promoção e as características essenciais em:  <https://www.generali.com.br/home/nossa-protecao/parcerias/xxxxxxxxxxxxxx>  Processo SUSEP nº 15414.900706/2019-05  **Ouvidoria ICATU:** 0800 286 0047 (2ª à 6ª feira, das 8h às 18h)  **SEU NÚMERO DA SORTE SERÁ INFORMADO NO CERTIFICADO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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, contendo todas as cláusulas do seguro ora contratado, que foram integralmente lidas, entendidas e aceitas pelo mesmo.  **O PROPONENTE está ciente de que, não tendo interesse na renovação automática do seguro, deverá se manifestar previamente ao encerramento do prazo de vigência em curso, nos termos das Condições Gerais do Seguro. Na ausência da manifestação, está ciente de que o seguro será renovado de forma automática por uma única vez e concorda em manter seu vínculo.**  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.  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 e será renovado automaticamente por uma única vez, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo, desde que comunique o segurado com antecedência mínima de 60 (sessenta) antes do fim da vigência do seguro.  **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 desta 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. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Será pago pró-labore ao Estipulante de 60% sobre o Prêmio de Seguro líquido de IOF e será paga remuneração ao Corretor de 0,01% sobre o Prêmio de Seguro líquido de IOF.  **A idade mínima para contratação é de 18 anos, e a idade máxima é de 69 anos, 11 meses e 29 dias. A idade máxima informada de 69 anos, 11 meses e 29 dias considera a idade do segurado no momento da adesão somado ao tempo de empréstimo.**  O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico 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.generali.com.br/home/nossa-protecao/parcerias/xxxxxxxxxxxxxx>  Serviço de Atendimento ao Público SUSEP: 0800 021 8484.  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.  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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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**](http://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**](mailto:privacidade@generali.com.br)**.**

Assinatura do Proponente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Nome:

CPF: