

GAZIN SEGUROS

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO

15414.601720/2020-54

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar, total ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada de Instituição Credora, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Contrato, **exceto de Riscos Excluídos, observadas as Condições do Seguro Prestamista Coletivo.**

1.2. Entende-se como Instituição Credora, o Estipulante do contrato de Seguro, como sendo a pessoa jurídica a quem o Segurado pagar prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso financeiro assumido.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeitos das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

2.1.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total do Segurado, observando-se que:

Incluem-se, nesse conceito:

- a) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- d) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se do conceito de acidente pessoal:

- e) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
- f) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- h) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de acidente pessoal desta definição.

2.1.2. Agravamento do Risco: toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

2.1.3. Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.1.4. Apólice: contrato de Seguro, firmado entre o Estipulante e a Seguradora, formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s), com base nas informações fornecidas na Proposta de Contratação, sendo composto pelas respectivas Condições Gerais do Seguro, que fixam os direitos e obrigações do Segurado, da Seguradora e do(s) Beneficiário(s).

2.1.5. Atividade Laborativa Principal: é aquela através da qual o Segurado obteve ou obtenha maior renda, dentro de determinado exercício anual definido no Contrato.

2.1.6. Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

2.1.7. Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

2.1.8. Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à Seguradora assim que dele tenha conhecimento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

2.1.9. Beneficiário: pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese da ocorrência do Sinistro.

2.1.10. Boa-fé: um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade e total transparência na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.

2.1.11. Capital Segurado: valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.

2.1.12. Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

2.1.13. Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.1.14. Certificado Individual: é o documento que comprova a inclusão do Segurado na Apólice coletiva. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

2.1.15. Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.1.16. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

2.1.17. Condições Gerais: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos Beneficiários e do Estipulante.

2.1.18. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

2.1.19. Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

2.1.20. Dano Estético: qualquer dano físico/corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

2.1.21. Dano Moral: toda e qualquer ofensa que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico.

2.1.22. Data de Exigibilidade: data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Gerais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.

2.1.23. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.1.24. Declaração Pessoal de Saúde e Atividades: é o questionário, integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data de sua assinatura.

2.1.25. Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

2.1.26. Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do Seguro, que não tenha sido declarada na declaração pessoal de saúde e atividades, e que poderá ser identificada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.

2.1.27. Endosso: documento expedido pela Seguradora, a pedido do Estipulante e/ou Segurado, durante a vigência da Apólice, pelo qual a Seguradora aceita a alteração de dados, modificação de condições, coberturas ou Beneficiários.

2.1.28. Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.

2.1.29. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas Coberturas do Seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).

2.1.30. Franquia: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

2.1.31. Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.1.32. Grupo Segurável: aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante, que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

2.1.33. Indenização: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, durante o período de vigência do contrato de Seguro.

2.1.34. Médico Responsável ou Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc) para quem interessar, sob autorização do paciente. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nesses casos nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

2.1.35. Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

2.1.36. Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

2.1.37. Prescrição: perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.

2.1.38. Período de Cobertura: período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.

2.1.39. Prêmio: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s). Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

2.1.40. Período Indenizável: é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) ou de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD). **Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.**

2.1.41. Proponente: é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.1.42. Proposta de Adesão: é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

2.1.43. Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.1.44. Renda Mensal Temporária: é uma renda contratada, limitado ao valor da dívida contraída ou compromisso assumido com o Estipulante, que será paga ao Beneficiário em caso de sinistro.

2.1.45. Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.1.46. Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados após a ocorrência de um sinistro e respectivo aviso para apuração de suas causas e demais circunstâncias

envolvidas, com a finalidade de verificar a caracterização de evento e seu enquadramento no Seguro.

2.1.47. Renovação: recondução da Apólice de Seguro por novo período, geralmente por meio da emissão de nova Apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente, ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do Seguro, no interesse Segurado ou nas bases tarifárias do Seguro.

2.1.48. Risco ou Evento Coberto: acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como Risco Excluído, e respeitadas todas as demais Condições Contratuais.

2.1.49. Riscos Excluídos: são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.1.50. Saldo Devedor: é a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do Sinistro.

2.1.51. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.1.52. Seguradora: é a Gazin Seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.1.53. Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente, durante o período de vigência do Contrato de Seguro.

2.1.54. Valor da Categoria: em consórcios, é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com Prêmio recolhido.

2.1.55. Vigência do Seguro: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor, compreendido entre a data de início e de término do Contrato de Seguro firmado com o Estipulante.

2.1.56. Vigência da Cobertura Individual: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas no Certificado Individual:

3.1.1. **Cobertura Básica:** contratação obrigatória de somente uma das coberturas.

3.1.1.1. **Morte (M):** é a cobertura que garante o pagamento de uma indenização destinada a amortização ou quitação de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada Instituição Credora, definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

a) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.1.1.2. **Morte Acidental (MA):** é a cobertura que garante o pagamento de uma indenização destinada a amortização ou quitação de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada Instituição Credora, definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de falecimento do Segurado, durante a vigência do Seguro, em decorrência direta e exclusivamente de acidente pessoal, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

a) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada

3.1.2. **Cobertura Adicional:** contratação facultativa e isolada uma da outra.

3.1.2.1. **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** é a cobertura que garante o pagamento de uma indenização destinada a amortização ou quitação de dívida ou compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, denominada Instituição Credora, definidos nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de invalidez total e permanente do Segurado, durante a vigência do Seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, **serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:**

TABELA DE EVENTOS COBERTOS PARA IPTA		
Invalidez Permanente	Discriminação	%
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

b) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos na Cláusula 3.1.2.1. (a), a indenização será única, ou seja, equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

c) Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

d) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

d.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

3.1.2.2. Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI): é a cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao Segurado, que possibilite amortizar ou custear parte da dívida contraída ou compromisso financeiro assumido junto ao Estipulante, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de demissão exclusivamente involuntária e sem justa causa, por parte do empregador, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

a) O Segurado deve comprovar ter sido empregado registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, nos últimos 12 (doze) meses anteriores à data do sinistro, ininterruptamente pelo mesmo empregador. Ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias.

b) O Segurado somente terá direito ao pagamento das parcelas da obrigação assumida, após decorrido o período de franquia, e desde que permaneça a situação de desemprego. A admissão em outro emprego afasta a Perda de Renda.

3.1.2.3. Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD): é a cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao Segurado, que possibilite amortizar ou custear parte da dívida contraída ou compromisso financeiro assumido junto ao Estipulante, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, caso o Segurado sofra um estado de incapacidade física total e temporária do Segurado, seja decorrente de acidente ou doença, determinada por médico e atestado por exames complementares, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

a) Esta cobertura é devida após o período de carência e o período indenizável se inicia a partir do primeiro dia após o período de franquia.

b) Esta garantia aplica-se exclusivamente aos profissionais liberais ou autônomos sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por sinistro coberto, bem como as donas de casa que trabalham exclusivamente para a própria família e que não exercem atividade remunerada.

3.2. As coberturas adicionais somente poderão ser contratadas conjuntamente com uma cobertura básica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro, quaisquer eventos ocorridos em consequência:

(a) Direta ou indireta, resultantes de, ou para os quais tenham contribuído radiações ionizantes de contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, ou de resíduo nuclear, resultante de combustão de material nuclear, bem como os direta ou indiretamente causados por armas nucleares, ficando ainda entendido que, para fins desta exclusão, a palavra combustão abrangerá qualquer processo auto sustentador de fusão nuclear;

(b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas

- decorrentes, greves, tumultos, motins, “lock-out”, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade de auxílio a outrem;
- (c) De doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;
 - (d) Da morte do Segurado provocada por epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;
 - (e) De suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir da data do início da vigência do Seguro;
 - (f) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - (g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - (h) Direta ou indiretamente de ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com toda documentação hábil, acompanhada de laudo que caracterize a natureza do atentado, independentemente do seu propósito, desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
 - (i) Da prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;
 - (i.1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, tal exclusão se aplica aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
 - (j) De acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceitado o risco; e
 - (k) De acidentes ocorridos em que o Segurado, na condição de condutor do veículo ou equipamento que requeira aptidão, não possua habilitação legal para tanto.

4.2. Observado o conceito de acidentes pessoais, descrito na Item 2, e além riscos excluídos mencionados no item 4.1 destas condições, estarão também excluídos da Cobertura de Morte Acidental (MA), e desde que contratada:

- (a) Quaisquer perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- (b) Quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do Seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- (c) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- (d) Contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;
- (e) A prática, pelo Segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e
- (f) Viagens em aeronaves ou embarcações:
 - (f.1) Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - (f.2) Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - (f.3) Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

4.3. Observado o conceito de acidentes pessoais, descrito na Item 2, e além riscos excluídos mencionados no item 4.1 destas condições, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), e desde que contratada:

- (a) A Invalidez parcial ou qualquer incapacidade não prevista na Tabela de Eventos Cobertos para IPTA;
- (b) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- (c) Os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;
- (d) Viagens em aeronaves ou embarcações:

- (d.1) Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
- (d.2) Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
- (d.3) Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**
- (e) Os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;**
- (f) Os acidentes médicos;**
- (g) Perturbações mentais, nervosas e emocionais;**
- (h) As lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;**
- (i) Quaisquer perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- (j) Envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;**
- (k) Perda de dentes ou danos estéticos; e**
- (l) Aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez total desta cobertura.**

4.4. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4.1 destas condições, estarão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), e desde que contratada:

- (a) Abandono de emprego ou pedido voluntário de demissão pelo empregado;**
- (b) Desemprego decorrente de contrato firmado após notificação de demissão ou durante o período de aviso prévio cumprido ou indenizado;**
- (c) Dispensa do empregado por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;**
- (d) Adesão do Segurado a Programas de Demissão Voluntária (PDV), de qualquer natureza, ou incentivadas e/ou por acordo coletivo de trabalho;**
- (e) Acordo entre empregado e empregador;**
- (f) Demissões em massa, sendo consideradas como tais aquelas nas quais houver desligamento superior a 10% (dez por cento) do quadro de funcionários no prazo de 6 (seis) meses;**

- (g) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- (h) Exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;
- (i) Desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;
- (j) Jubilação, exoneração, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- (k) Perda de emprego decorrente de concordata, falência e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- (l) Prestação de Serviço Militar;
- (m) Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado;
- (n) Estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais;
- (o) Demissão quando o segurado é funcionário direto de parente, consanguíneo ou afim;
- (p) Trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho, de forma contínua e ininterrupta por pelo menos um ano, ou não trabalhando regularmente como servidor público concursado, na função para a qual foi aprovado no concurso público ao qual concorreu e já tendo terminado o estágio probatório.
- (q) A cobertura somente se mantém durante o período de desemprego. Caso o segurado inicie novo contrato de trabalho, cessa o direito à indenização.

4.5. Além dos riscos excluídos mencionados no item 4.1 destas condições, estarão também excluídos da Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD), e desde que contratada:

- (a) Estresse, incluído “burnout”, e depressão;
- (b) Doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- (c) Tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- (d) Cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- (e) Cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- (f) Gravidez, parto e/ou aborto e suas consequências, desde que não decorrentes de acidente pessoal;
- (g) Fibromialgias;

- (h) Doença Miofascial;**
- (i) Tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;**
- (j) Tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);**
- (k) Todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;**
- (l) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;**
- (m) Períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;**
- (n) Tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- (o) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;**
- (p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;**
- (q) Tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências; e**
- (r) Complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. As Coberturas deste Seguro são extensivas a todo o globo terrestre, com exceção da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), quando contratada, cujo âmbito geográfico está restrito ao território brasileiro.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. A existência e o prazo de carência serão estabelecidos na Apólice e nas Condições Contratuais.

6.2. Tanto para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), como na Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD), a carência será de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, período durante o qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização.

6.3. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, que, na forma da legislação vigente, é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre as parcelas aumentadas dos capitais solicitados após o início de vigência individual.

6.4. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas Condições Contratuais do Seguro, e não poderá exceder à metade do prazo de vigência da apólice.

6.5. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do Seguro.

6.6. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

6.7. O pagamento antecipado do prêmio não elimina as carências estabelecidas neste Seguro.

6.8. As franquias serão estabelecidas no Certificado e nas Condições Contratuais.

6.9. Tanto para a cobertura de PRDI, quanto para PRIT-AD, a franquia será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do sinistro. O Segurado somente terá direito a estas Coberturas após permanecer desempregado ou afastado por prazo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da respectiva carência.

7. GRUPO SEGURÁVEL

7.1. É a totalidade do grupo de pessoas físicas que mantém vínculo comprovado com o Estipulante, sujeitas à análise de aceitação da Seguradora.

7.2. É facultada à Seguradora a solicitação, a qualquer tempo, da apresentação de documentação que comprove as condições acima estabelecidas, bem como outros documentos que julgar necessários.

8. GRUPO SEGURADO

8.1. É o conjunto dos componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) cobertura(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas na Cláusula 10 Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro.

9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

9.1. O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

9.2. Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

9.2.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.

9.3. A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.2. destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.4. A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.

9.5. Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

10. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

10.1. A inclusão de possíveis Segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:

10.1.1. Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável.

10.1.2. Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

10.2. Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

10.2.1. A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

10.2.2. Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

10.3. A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.

10.4. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, nesse prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

10.4.1. A Proposta de Adesão recepcionada com adiantamento de prêmio terá seu início de vigência na data em que a Seguradora receber a Proposta assinada pelo Proponente.

10.4.2. Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10.5. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.

10.6. A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 10.4. destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

10.7. A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.

10.8. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes

10.8.1. Em caso de sinistro coberto, o valor indenizado deverá respeitar o Capital Segurado indicado na proposta para cada um dos Segurados.

10.8.2. O percentual que trata o subitem anterior deverá constar no certificado individual.

10.8.3. Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais Segurados não extinga a obrigação, o Seguro será mantido para os demais, relativamente a obrigação remanescente.

10.9. Caso o credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada e que:

10.9.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do prêmio excedente, se houver

10.9.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar sobre o interesse na extensão da vigência do seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos no item 10 para a aceitação do risco.

10.10. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

10.11. A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

10.12. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

11.1. A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.

11.1.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

11.1.2. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

11.1.3. **O presente 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 do Contrato de Seguro.**

11.2. Nos casos em que a obrigação possui data prevista de término, o prazo do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, e as datas de início e término especificadas no certificado individual, e também na apólice quando couber.

11.2.1. Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência deverão ser acordados entre as partes.

11.3. A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, poderá ser realizada de forma expressa e por intermédio do Estipulante.

11.3.1. A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

11.3.2. A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

11.4. Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, dependerá de anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

11.5. O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

11.6. Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1. O custeio do Seguro poderá ser:

12.1.1. Contributário, em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;

12.1.2. Não contributário, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

12.2. O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.

12.3. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

12.4. É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

12.5. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

12.6. Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 12.8., no primeiro dia útil subsequente.

12.7. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

12.8. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).

12.8.1. Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 19.1.

12.9. Os tributos incidentes sobre a contratação do seguro serão recolhidos na forma da Lei.

13. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITALS SEGURADOS E PRÊMIOS

13.1. O critério de Atualização dos Capitais Segurados e dos prêmios será definido no Contrato de Seguro, em função das particularidades de cada grupo, de acordo com uma das opções abaixo descritas.

13.1.1. Quando os Capitais Segurados forem vinculados a dívida ou compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante, de acordo com o saldo devedor, e acordado entre as partes:

a) Não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente. O Prêmio, de acordo com o previsto na Apólice, será fixo ou recalculado na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no Capital Segurado Vinculado.

b) Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida ou compromisso assumido pelo segurado, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

14. RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

14.1. A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

14.1.1. Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 11.3.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

15.1.1. Na cobertura Morte (M), a data do falecimento;

15.1.2. Nas coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente.

15.1.3. Na cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) a data do desligamento / afastamento do Segurado, constante no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, ou da exoneração, quando servidor público concursado.

15.1.4. Na cobertura de da Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD) a data do primeiro dia de afastamento do Segurado, de suas atividades, em consequência de acidente ou doença.

15.2. A modalidade de Capital Segurado deste plano é o **Capital Vinculado**, ou seja, o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

15.3. Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado, poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e consequentemente à Indenização a ser paga em caso de Evento Coberto.

16. BENEFICIÁRIOS

16.1. O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante pelo valor do saldo da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado.

16.2. Na ocorrência de evento coberto, a diferença apurada que ultrapassar o saldo devedor, se houver, será paga ao próprio Segurado ou ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s), conforme disposto nestas condições.

16.2.1. Nos casos de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de adesão ao seguro.

16.2.2. Nos casos em que o seguro for contratado por pessoa jurídica, este figurará exclusivamente como segundo Beneficiário para recebimento de eventual diferença entre a

parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto.

16.3. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.

16.4. Na falta das pessoas indicadas no item 16.3, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

16.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

17. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão), diante da ocorrência de sinistro, proceder à comunicação imediata, por meio do Aviso de Sinistro, carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora para dirigir à Seguradora, indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas.

17.1.1. A comunicação feita por carta registrada ou outro meio disponibilizado pela Seguradora não exonera a obrigação da apresentação do formulário de Aviso de Sinistro original à Seguradora, também de forma imediata à ocorrência do sinistro.

17.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para finalização da regulação de sinistro e pagamento de eventual Capital Segurado devido pelo presente Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação básica constante da Cláusula 17.8, e aqueles indicados nas Condições Gerais de acordo com cada cobertura contratada.

17.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 17 e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 17.2. desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares.

17.4. Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

17.5. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.5.1. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.6. A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Estipulante, sob a expressa condição de que este faça a quitação, amortização ou remissão do compromisso assumido, pelo prazo contratado previsto em contrato junto ao Estipulante credor.

17.7. Para liquidação de sinistro, é necessário o envio pelo Segurado ou Beneficiário(s) à Seguradora dos documentos básicos abaixo indicados, além daqueles previstos nas Condições Contratuais de cada cobertura contratada, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas.

17.8. Para qualquer sinistro:

Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora e devidamente preenchido em todos os seus campos.

17.9. Documentos do Segurado:

- a) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) CPF do Segurado;
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; e
- d) Comprovante de residência do Segurado.

17.10. Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) Comprovantes de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;
- b) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um dos Beneficiários;
- c) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o Estipulante assinada, devidamente registrada e datada;
- d) Extrato e/ou demonstrativo de pagamentos histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;
- e) Cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, se houver saldo;
- f) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário (s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe, se houver saldo;
- g) Cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- h) Em caso de companheiro (a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório, se houver saldo.

17.11. Não serão aceitos relatórios médicos elaborados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de ser um médico habilitado.

17.12. **Em caso de morte natural**, e desde que contratada a cobertura, serão necessários também os seguintes documentos do Segurado, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) Radiografias do Segurado (quando houver);
- e) Guia de internação hospitalar (quando houver); e
- f) Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida.

17.12.1. Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

17.13. **Em caso de sinistro de morte decorrente de causa acidental**, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) Radiografias do Segurado (quando houver);
- d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- g) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- h) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- i) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); e
- j) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.

17.13.1. Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

17.14. **Em caso de sinistro por invalidez por acidente**, desde que contratada, cabe(m) ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito na Cláusula 17 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- b) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- c) Exame de corpo de delito, quando indicado; e
- d) Laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

17.14.1. Para efeito de determinação do valor do Capital Segurado, considera-se como data do evento a data da caracterização da Invalidez Permanente Total por Doença, indicada na declaração do médico assistente do Segurado.

17.14.2. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

17.14.3. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas a comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

17.15. **Em caso de sinistro de perda de renda por desemprego**, desde que a cobertura tenha sido contratada, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 17 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
- b) Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de franquia, estabelecido no contrato, da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia; e
- c) Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

17.15.1. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em Condições Contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

17.15.2. Acumulação das Indenizações: O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Desemprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

17.15.3. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizado o desemprego do segurado, a Seguradora efetuará o pagamento das mensalidades obedecendo aos seguintes critérios:

- a) Se o último período de desemprego coberto, antes da admissão em um novo emprego, for inferior a 30 (trinta) dias, será considerado como um mês completo para fins de indenização.
- b) A critério da Seguradora, e desde que definido nas Condições Contratuais, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base no número de mensalidades cobertas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.

17.15.4. As indenizações previstas poderão ser suspensas no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

17.16. Em caso de sinistro de perda de renda por incapacidade temporária por acidente ou doença, desde que a cobertura tenha sido contratada, o Segurado deverá proceder conforme descrito na Cláusula 17 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos abaixo indicados, sendo que, no caso de envio de cópias, essas deverão ser autenticadas:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a Incapacidade Temporária (original ou cópia simples);
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida.

17.16.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD) para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

- 18.1.1. Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;
- 18.1.2. Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;
- 18.1.3. Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;
- 18.1.4. Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou

18.1.5. Se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.

18.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 18.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

18.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

18.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

18.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

18.4. Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso dos sócios controladores, dirigentes, administradores legais do Estipulante ou dos seus representantes, além do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

18.5. O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

19.1.1. Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

19.1.2. Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

19.2. Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

19.3. Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

19.4. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

19.5. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

20.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

20.2. O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

20.2.1. Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

20.3. A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas Morte (M), Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

20.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

20.4.1. com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

20.4.2. quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

20.5. Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;

20.6 Com a extinção antecipada da obrigação, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

21. EXCEDENTE TÉCNICO

21.1. Desde que contratada esta cobertura, poderá ocorrer a reversão de Excedente Técnico, conforme estabelecido no Contrato.

21.2. Poderá ser estabelecido no contrato um número mínimo de vidas ativas durante o período de apuração, a partir do qual haverá a reversão de Excedente Técnico.

21.3. Na hipótese de reversão, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas.

21.4. As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no contrato do seguro.

21.5. No caso de resultado positivo, a Seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

21.6. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a reversão de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

21.7. A distribuição de Excedente Técnico será realizada após o término de Vigência anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

21.8. Nos seguros parcial ou totalmente Contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, conforme estabelecido no Contrato.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. Constituem obrigações do Estipulante:

22.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

22.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

22.1.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

22.1.4. Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

22.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

22.1.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

22.1.7. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

22.1.8. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

22.1.9. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

22.1.10. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

22.1.11. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

22.1.12. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

22.2. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

23. REGIME FINANCEIRO

23.1. Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

25. MORA

25.1. A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 17.2 para a regulação do sinistro.

25.2. Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do IPCA/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

25.2.1. Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor da Fundação Getúlio Vargas (IPC/FGV), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

26. FORO

26.1. O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado, do Estipulante ou do segundo Beneficiário, conforme o caso.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultada ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

27.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.