

SEGURO PRESTAMISTA

Processo Susep nº: 15414.634314/2024-00

Condições Gerais



Sumário

1.OBJETIVO	3
2.DEFINIÇÕES	4
3.COBERTURAS DO SEGURO	10
4.RISCOS EXCLUIDOS	12
5.FRANQUIA.....	15
6.CONTRATAÇÃO DO SEGURO	16
7.INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	17
8.VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	19
9.RECÁLCULO DAS (S) TAXAS (S) DO SEGURO	22
10.CAPITAL SEGURADO.....	23
11.BENEFICIÁRIO	24
12.COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	25
13.CANCELAMENTO DO SEGURO	30
14.CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	31
15.EXCEDENTE TÉCNICO	32
16.OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	33
17.REGIME FINANCEIRO	34
18.MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	35
19.MORA	36
20.FORO	37
21.DISPOSIÇÕES FINAIS	38
22.TABELA PARA CÁLCULO (QUEBRA DA DISPOSIÇÃO DE TEXTO) INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	39

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo devedor junto ao Estipulante, denominada de Instituição Credora, limitada ao prazo e Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha sofrer um dos eventos cobertos previstos no Contrato, **exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.**

1. DEFINIÇÕES

Aceitação do Risco: Ato de aprovação pela Seguradora da Proposta de Contratação efetuada pelo Proponente Estipulante, para cobertura de Seguro de determinado(s) risco(s), após análise.

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

Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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 em decorrência de acidente coberto;

As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

- a) 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

- b) **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 invalidez por acidente pessoal.**

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

Agravo Mórbido: Piora de uma doença.

Alienação Mental: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa de personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total permanentemente impossibilitado para a vida civil.

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

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

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).

Atividade Laborativa Principal: É aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido no Contrato.

Ato Doloso: Ato intencional praticado com intuito de prejudicar a outrem.

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

Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado à Seguradora assim que dele tenha conhecimento. É o documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Estipulante, Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições gerais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.

Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário. No caso do reembolso da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) o beneficiário será aquele que comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade 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.

Cancelamento: Título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.

Capital Segurado: é a importância máxima estabelecida para cada cobertura, a ser paga ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Contratação e Adesão do Seguro, preenchida e assinada pelo Estipulante.

Capital Segurado Fixo: modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independente da evolução do valor da obrigação.

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

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.

Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.

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

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

Consumpção: definimento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

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.

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.

Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

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.

Corretor de Seguros: pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de Seguro entre as Seguradoras e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou pelo seu representante legal junto à Seguradora.

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

Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos segurados.

Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado.

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.

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

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.

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.

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

Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.

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.

Estado Conexo: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

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.

Etiologia: causa de cada doença.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma

doença, ou que com ela interage.

Franquia: é o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada cobertura do Seguro.

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.

Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

Hígido: saudável.

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.

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. 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.

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

Natimorto: criança que, ao nascer, já se encontra morta.

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

Prêmio: é o valor que o Segurado 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.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

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 a cobertura de Desemprego. Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

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.

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.

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.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

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.

Reintegração do Capital Segurado: é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

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.

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.

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

Saldo Devedor: é o valor das parcelas vincendas da operação realizada pelo Segurado junto ao Estipulante, apurado na data do sinistro, e, quando for o caso, respeitado o limite de responsabilidade da Seguradora estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

Segurado: é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

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

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

Vigência do Seguro: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

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

2. Coberturas do Seguro

As coberturas do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das coberturas básicas.

Coberturas Básicas:

Morte: é a cobertura que garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários, a amortização ou quitação da dívida ou indenização de valor do compromisso financeiro, contraído pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao prazo e Capital Segurado contratado, 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.

Morte Acidental (MA): é a cobertura de morte que garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos beneficiários, ou a Instituição Credora, a amortização ou liquidação de dívida ou compromisso financeiro, assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao prazo e Capital Segurado contratado, definidos nas Condições Contratuais, em caso de falecimento do Segurado em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

Coberturas Adicionais: A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas mencionadas no item 3.2, observadas ainda as disposições constantes na descrição de cada cobertura.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a cobertura adicional, uma vez contratada garante o pagamento de uma indenização que possibilite aos Beneficiários, ou a Instituição Credora, à amortização da dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao Estipulante, em caso de Invalidez Total e Permanente do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro, observando-se os Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais.

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:

- a) A perda total da visão de ambos os olhos;
- b) A perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) A perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) A perda total do uso de ambas as mãos;
- e) A perda total do uso de um membro superior e um inferior;
- f) A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) A perda total do uso de ambos os pés; e
- h) A alienação mental total incurável.
- i) Nefrectomia Bilateral.

Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

O limite para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

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

Desemprego: é a cobertura, desde que contratada, garante o pagamento de uma indenização ao Segurado, que possibilite o pagamento das parcelas mensais da dívida ou compromisso financeiro contraído junto ao Estipulante, por período indenizável a ser definido nas Condições Contratuais do Seguro, em caso de ocorrência do evento desemprego involuntário do Segurado, durante a vigência do Seguro, observados as condições a seguir.

Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima e máxima, conforme definido no contrato, na data da contratação do Seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis de Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): é a cobertura, que desde contratada, tem como objetivo o pagamento do Capital Segurado destinado a amortizar ou custear a dívida contraída ou compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, em caso de Invalidez Permanente e Total, para o exercício da sua atividade laborativa principal, limitado ao prazo e ao Capital Segurado contratado, também definidos nas Condições Contratuais do seguro.

Para fins de indenização desta cobertura considera-se Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença, aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

3. Riscos Excluídos

3.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

3.2 Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que incorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

a) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

b) Doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

c) De tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências.

d) De atos terroristas.

e) Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

f) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

h) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.

i) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto.

j) Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

k) De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

l) Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.9 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) do Seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) De 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) Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1 e 4.2, estão também expressamente excluídos da cobertura de Desemprego os eventos ocorridos em consequência:
- c) De jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) De renúncia ou perda voluntária do emprego;
- e) De trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Do término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;
- g) De demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;
- h) De 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) Do desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;
- j) De campanhas de demissão em massa. Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10 (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- k) De perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período; e
- l) De 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
- m) Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:
- n) Exerçam atividades em regime complementar de trabalho, ou como “horistas”;
- o) Estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;
- p) Estágio escolar;
- q) Trabalho como profissional autônomo; e
- r) Donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore.
- s) Âmbito Geográfico da Cobertura
- t) As abrangências das Coberturas previstas nestas Condições Gerais se aplicam:
- u) Morte, Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): para eventos cobertos ocorridos em qualquer local do Globo terrestre.
- v) Desemprego: para eventos cobertos ocorridos dentro do território nacional.

w) Carência

x) O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, na Apólice e na Proposta de Adesão

y) A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas Condições Contratuais do Seguro, e não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.

z) Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

aa) O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

4. Franquia

A cobertura de Desemprego está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão. O período de franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.

5. Contratação do Seguro

O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, podendo ser esta por meios eletrônicos conforme a determinação de legislação em vigor, pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

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.

Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação e/ou Risco.

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 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

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.

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.

6. Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro

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

Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

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

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.

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.

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

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.

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, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

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.

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

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 9.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

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.

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

Em caso de sinistro coberto, o valor indenizado deverá respeitar o capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.

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

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.

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

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

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 9 para a aceitação do risco.

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

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

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.

7. Vigência e Renovação do Seguro

A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, será especificada no Contrato de Seguro.

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.

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.

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.

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.

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

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

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

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

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, prévia e expressa, de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

- a) a) A Seguradora terá 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a renovação do Seguro ou modificação do risco.
- b) 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.
- c) Será emitido e enviado Certificado Individual aos segurados no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes do Seguro. O envio do Certificado poderá ser realizado por meios remotos.
- d) Pagamento do Prêmio

O custeio do Seguro poderá ser:

- I. Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
- II. Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.
 - a) 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 anual pelo número de parcelas acordadas.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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.
 - e) 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 11.8, no primeiro dia útil subsequente.
 - f) 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.
 - g) Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/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 4% a.a. (quatro por cento ao ano).
 - h) Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado, conforme previsto no item 18.1.
 - i) Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.
 - j) Atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e Prêmio(s)

O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

8. Recálculo da (s) Taxa(s) do Seguro

8.1 A Seguradora efetuará reavaliações 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.

8.2 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 10.3.

9. Capital Segurado

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

- a) Na cobertura de Morte, a data do falecimento;
- b) Nas coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente;
- c) Na cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;
- d) Na Cobertura de Desemprego, a data do desligamento, quando da Consolidação das Leis do Trabalho, ou da exoneração, quando servidor público concursado.
- e) A modalidade de Capital Segurado deste plano é o Capital Fixo, ou seja, o Capital Segurado não varia ao longo da vigência, independente da evolução do valor da obrigação.

10. Beneficiário(s)

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

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

10.3 O(s) segundo(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

10.4 Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme Arts. 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.

10.5 Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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

11. Comunicação e Liquidação de Sinistros

Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 16.6.

11.1 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 16.6 destas Condições Gerais.

11.2 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

11.3 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.

11.4 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.

11.5 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.

11.6 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:

Para qualquer sinistro:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, disponibilizado pela Seguradora e devidamente preenchido em todos os seus campos.
- b) Documentos do Segurado:
- c) Cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- d) CPF do Segurado;
- e) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social; e
- f) Comprovante de residência do Segurado.
- g) Documentos do(s) Beneficiário(s):
- h) Comprovante de endereço, CNPJ do Beneficiário Estipulante;
- i) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um dos Beneficiários;
- j) Cópia do contrato e os seus respectivos aditivos, da dívida ou compromisso assumido com o

Estipulante assinada, devidamente registrada e datada;

- k) Extrato e/ou demonstrativo de pagamento histórico e de saldo da dívida até a data do evento, documento emitido pelo Estipulante;
- l) 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;
- m) 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
- n) Cópia do termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- o) 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.
- p) 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.
- q) Em caso de morte não decorrente de acidente pessoal, 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:
- r) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- s) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- t) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado quando houver;
- u) Radiografias do Segurado (quando houver);
- v) Guia de internação hospitalar (quando houver); e
- w) Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida.
- x) Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.
- y) Em caso de morte acidental, 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:
- z) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- aa) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- bb) Radiografias do Segurado (quando houver);
- cc) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;

- dd) Cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era condutor do veículo;
- ee) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- ff) Cópia da Comunicação do Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de acidente de trabalho;
- gg) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- hh) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML); e
- ii) Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização.
- jj) Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.
- kk) Em caso de invalidez permanente total por acidente:
 - ll) Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
 - mm) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
 - nn) Exame de corpo de delito, quando indicado; e
 - oo) Laudo médico original e relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual;

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

11.8 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.

11.9 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.

Em caso de invalidez laborativa permanente total por doença:

- a) Laudo médico confirmando o diagnóstico e comprovando a invalidez laborativa permanente total por doença;
- b) Exames complementares realizados para o diagnóstico, acompanhamento e comprovação da doença incapacitante; e
- c) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver) ou comprovação da atividade exercida.

Em caso de desemprego:

- 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.
- d) 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.
- e) Acumulação das Indenizações: O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego 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.
- f) Perda do Direito à Indenização
- g) 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):
- h) Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;
- i) Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;
- j) Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;
- k) Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou

Se houver, intencionalmente, o agravamento do risco Segurado.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 17.1.1 e 17.1.2, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

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.
- c) 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.

- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.
- h) 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.

12. Cancelamento do Seguro

12.1 Nas formas de pagamento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral e semestral, 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.

12.2 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.

12.3 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.

12.4 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, ou ainda, caso não sejam pagos os prêmios de pagamento anual ou à vista, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

12.5 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.

12.6 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.

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

13. Cessação da Cobertura Individual

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

13.2 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.

13.3 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.

13.4 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às coberturas de Morte, Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD).

13.5 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

13.6 Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou

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

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

13.9 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.

14. Excedente Técnico

14.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

14.2 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva. Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- c) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
- d) Comissões de corretagem pagas durante o período;
- e) Comissões de administração pagas durante o período;
- f) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- g) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- h) Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
- i) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- j) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- k) O aviso à seguradora, para sinistros;
- l) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- m) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.
- n) A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 20.4.
- o) A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro. Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

15. Obrigações do Estipulante

Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) 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;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) 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;
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j) 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;
- k) 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
- l) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.
- m) 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.

16. Regime Financeiro

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.

17. Material de Divulgação

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.

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

18. Mora

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 16.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 4% a.a. (quatro por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/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.

Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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.

19. Foro

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

20. Disposições Finais

20.1 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.

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

21. Tabela para Cálculo [Quebra da Disposição de Texto] Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
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 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 incurável	100
			Nefrectomia Bilateral	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose total de um quadril	20	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			