

SEGURO ZURICH PRESTAMISTA CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições desta apólice ficam convencionadas as seguintes definições:

Acidente Pessoal:	Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto no item 5.4. e seus subitens destas Condições Gerais.
Apólice:	Documento que a Seguradora emite, com um número próprio de identificação, formalizando a aceitação do risco proposto pelo Estipulante. A apólice discrimina as coberturas contratadas e condições aplicáveis.
Aviso de Sinistro:	Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
Beneficiário:	É a pessoa, física ou jurídica, a quem é devido o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
Capital Segurado:	É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a cobertura contratada em decorrência de sinistro coberto e vigente na data do sinistro.
Carência:	Período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão da cobertura, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados e a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
Certificado Individual:	Documento destinado ao Segurado e emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação do proponente na apólice, a renovação do seguro ou a alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Do certificado individual devem constar, além dos dados pessoais do segurado, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, o prêmio total e a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico, quando for o caso.
Cobertura:	Proteção contra determinado risco, contratada pelo Segurado de acordo com as condições da apólice. Para emissão de apólice deste seguro, a Cobertura Básica é de contratação obrigatória.
Cobertura Adicional:	Cobertura, contratada na apólice, que garante riscos não cobertos pela Cobertura Básica Morte Natural ou Acidental.
Condições Contratuais:	Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
Condições Gerais:	Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
Condições	Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que

Especiais:	possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
Contrato:	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:	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro, podendo representar os interesses do Estipulante ou do Segurado junto à Seguradora.
Dados Cadastrais:	São informações sobre o Estipulante e sobre os Segurados que toda proposta de contratação e de adesão deverão conter, conforme segue: 1. PESSOA FÍSICA: a. Nome completo; b. Sexo; c. Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); d. Data de nascimento; e. Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição (RG); e f. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD. 2. PESSOA JURÍDICA: a. Denominação ou razão social; b. Atividade principal desenvolvida; c. Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); d. Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código DDD.
Dano Moral:	Toda e qualquer ofensa ou violação 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. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas desta apólice.
Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:	São aquelas que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da assinatura da proposta de adesão e não declaradas na mesma.
Endosso ou Aditivo:	Instrumento de alteração do contrato de seguro – documento que a Seguradora emite para promover qualquer modificação na apólice e que fica fazendo parte integrante da mesma. A Seguradora tem 15 (quinze) dias para analisar, aceitar integralmente ou com ressalvas ou recusar uma solicitação de alteração da apólice.
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 regulamentação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
Franquia:	É o período contínuo de tempo, determinado na apólice, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
Garantias:	São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Grupo Segurado:	É a parte do grupo segurável efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na apólice. Mediante solicitação do Estipulante e aprovação da Seguradora o grupo segurado poderá sofrer alterações durante a vigência da apólice.
Grupo Segurável:	É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que, de acordo com as condições da apólice, podem aderir a este seguro.
Indenização:	Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
Indenizações Punitivas:	Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Estipulante ou do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro reclamante ("Punitive Damages"). As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas desta apólice.
Invalidez Permanente:	Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
Médico Responsável:	É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
Prêmio:	Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
Prêmio comercial:	Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
Prescrição:	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
Prestamista:	É o Segurado que convencionou pagar prestações ao Estipulante ou à pessoa jurídica representada pelo Estipulante, com o objetivo de amortizar dívida contraída ou atender compromisso assumido junto ao mesmo.
Proponente:	Pessoa física que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
Proposta de Contratação:	Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas) manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
Proposta de Adesão:	É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação do seguro sob a forma coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	É o processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Estipulante, pelo Segurado ou por seus beneficiários, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.

Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após a ocorrência de sinistro coberto.
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, respeitadas as Condições contratuais.
Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
Seguradora:	É a Zurich Brasil Seguros S.A., empresa legalmente constituída para assumir e gerir os riscos devidamente especificados na apólice, mediante a cobrança do prêmio respectivo.
Segurados:	São os proponentes que estão expostos aos riscos previstos nas coberturas contratadas, efetivamente aceitos pela Seguradora e incluídos no seguro, sendo: <ul style="list-style-type: none"> a) Segurados principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante. b) Segurados dependentes: os cônjuges, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda e/ou da previdência social, desde que não sejam seguráveis como Segurados principais quando incluídos neste seguro. A(o) companheira(o) equipara-se ao cônjuge, desde que haja comprovação de união estável, na forma da legislação em vigor.
Sinistro:	É a ocorrência de um risco coberto pela apólice, durante o período de vigência da cobertura individual, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.
Sub-Estipulante:	É a pessoa jurídica que participa de apólice coletiva contratada pelo Estipulante, assumindo as mesmas responsabilidades deste e ficando igualmente investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora. Assim, sempre que na apólice ler-se Estipulante, entenda-se também sub-Estipulante, quando houver.
Vigência da apólice:	É o período durante o qual a apólice contratada está em vigor.
Vigência da cobertura individual:	É o período durante o qual as coberturas contratadas para cada Segurado aceito durante a vigência da apólice estão em vigor, respeitadas as condições das mesmas.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir ao Estipulante, nos termos destas Condições Gerais e das demais condições contratuais, até o limite do capital segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização referente ao saldo devedor, total ou parcial, decorrentes de operação de crédito ou compromisso assumido pelo Segurado, caso este venha a sofrer sinistro coberto.

CLÁUSULA 3ª ADEÇÃO DE SEGURADOS

- 3.1. Poderão ser incluídos os prestamistas clientes do Estipulante que atendam as condições previstas para o ingresso na apólice, conforme estabelecido nas condições contratuais.
- 3.2. **Não poderão aderir ao seguro os prestamistas que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.**
- 3.3. A aquisição de nova dívida ou compromisso por parte de prestamista Segurado, terminado ou não compromisso anterior, ou a repactuação de contrato em vigor, serão considerados para todos os fins como novas propostas e deverão seguir os critérios de aceitação dispostos nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

- 3.4. A análise da inclusão dos proponentes seguráveis, principais e, quando previsto na apólice, dependentes, no seguro, será feita mediante preenchimento e assinatura de proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

CLÁUSULA 4ª - TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDA OU COMPROMISSO

O cliente prestamista, Segurado ou não, que assumir dívida ou compromisso através de transferência de obrigações, deverá atender ao disposto nas condições de ingresso fixadas nas condições da apólice, como qualquer novo proponente.

CLÁUSULA 5ª - GARANTIAS DO SEGURO

- 5.1. A Cobertura Básica deste seguro é a abaixo destacada, excetuando-se os riscos excluídos mencionados na CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUÍDOS e outras restrições das condições aplicáveis à mesma, sendo de contratação obrigatória neste seguro.

Morte Natural ou Acidental: É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao capital individual contratado para esta cobertura, em caso de Morte do Segurado, seja por causa natural ou acidental, ocorrida durante a vigência deste seguro.

A cobertura de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

- 5.2. Desde que ratificadas na Especificação da apólice, Coberturas Adicionais e Suplementares poderão ser contratadas e serão reguladas por estas Condições Gerais e por condições próprias.
- 5.3. Este seguro não é complementar nem suplementar ao seguro de acidentes do trabalho regulado por Lei específica.
- 5.4. Para fins das coberturas deste seguro, entende-se por acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
- 5.4.1. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal:
 - 5.4.1.1. O suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - 5.4.1.2. A ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - 5.4.1.3. O escapamento acidental de gases e vapores;
 - 5.4.1.4. O seqüestro e tentativa de seqüestro;
 - 5.4.1.5. As alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
 - 5.4.2. Excluem-se do conceito de acidente pessoal:
 - 5.4.2.1. 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 em decorrência de acidente coberto;
 - 5.4.2.2. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - 5.4.2.3. 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 Osteo-musculares 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 conseqüências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

- 5.4.2.4. 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, definido no item 5.4. acima.

CLÁUSULA 6ª - RISCOS COBERTOS

A cobertura básica deste seguro cobre a morte do Segurado, decorrente de causa natural ou de acidente pessoal, ocorridos durante a vigência da cobertura individual, respeitadas as condições da apólice.

Outras coberturas, se contratadas, deverão estar ratificadas na Especificação da Apólice, com a indicação dos respectivos Capitais Segurados. Os Riscos Cobertos das demais coberturas contratadas estarão discriminados nos textos das respectivas coberturas adicionais.

CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos do presente seguro quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abranja:

- 7.1. O 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;**
- 7.2. 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, exceto quando, da ocorrência de evento coberto, o Segurado esteja prestando serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 7.3. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 7.4. Ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- 7.5. Doenças, ou lesões, inclusive as congênitas, preexistentes à contratação deste seguro, não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado na data da assinatura da mesma;**
- 7.6. O suicídio, ou sua tentativa, se ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento;**
- 7.7. Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelo órgão competente, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa que atinja maciçamente a população;**
- 7.8. O dano moral;**
- 7.9. Indenizações punitivas;**
- 7.10. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, por seus beneficiários, pelo representante de um ou de outro ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;**
- 7.11. Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;**
- 7.12. Ato reconhecidamente perigoso que não 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;**
- 7.13. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

- 7.14. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança**
- 7.15. Eventos não decorrentes de risco coberto pelas coberturas contratadas;**

CLÁUSULA 8ª - CAPITAL SEGURADO

- 8.1. Os capitais segurados para as coberturas garantidas aos prestamistas segurados serão definidos na Especificação da Apólice, podendo ser constantes para todo o período de vigência do seguro ou equivalentes ao valor do saldo devedor total ou parcial apurado na data de sinistro.
- 8.2. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em Reais e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo que o saldo devedor ou a parcela da dívida ou compromisso seja em outra moeda.
- 8.3. Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida ou compromisso assumido pelo prestamista já segurado, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.
- 8.4. Os capitais máximos de cada prestamista Segurado não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados na Especificação da Apólice.
- 8.5. Para efeito de determinação do capital segurado da cobertura básica deste seguro, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da morte.
- 8.6. A indenização por Morte, e, se contratadas, por quaisquer das coberturas de invalidez permanente, não se acumulam, devendo ser observado o disposto na CLÁUSULA 10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO destas Condições.**
- 8.7. Não será devida indenização para qualquer parcela da dívida ou compromisso vencida antes da data do sinistro.**

CLÁUSULA 9ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

- 9.1. DA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS
- 9.1.1. Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste contrato, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 9.1.2. Caso o Conselho Monetário Nacional deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionados às metas de inflação, será considerado para efeito desta cláusula, o índice que vier a substituí-lo.
- 9.1.3. As contratações com vigência inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 9.1.4. Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação do índice no correspondente período anual.
- 9.1.5. Para as coberturas de morte ou invalidez custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, os capitais segurados deverão ser atualizados desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.
- 9.2. DA ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS
- 9.2.1. Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 9.1.1. destas condições a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:
- 9.2.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- 9.2.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora os valores serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.
- 9.2.2. Caso o pagamento da indenização não seja efetuado conforme disposto no item 14.7 da CLÁUSULA 14 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, o valor da mesma

será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido no item 9.1.1. destas condições, acrescido de juros de mora. Para efeito deste item, serão consideradas as seguintes datas de exigibilidade:

9.2.2.1. Para as coberturas de indenização por acidentes pessoais, a data do acidente;

9.2.2.2. Para as coberturas de risco por morte não conseqüente de acidente, a data do óbito;

9.2.2.3. Para as coberturas de invalidez, incapacidade temporária ou internação hospitalar decorrentes de doença, a data indicada na declaração do médico assistente;

9.2.2.4. Para as coberturas cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;

9.2.2.5. Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento.

9.2.3. A atualização de que tratam os itens 9.2.1. e 9.2.2. destas Condições Gerais será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

9.2.4. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.

9.3. DO RECÁLCULO DOS VALORES

9.3.1. Os capitais segurados, quando da contratação do seguro, poderão representar múltiplos de valores pré-definidos (salários, mensalidades escolares ou associativas, etc.) ou saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e poderão, também, ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses, desde que o recálculo esteja previsto na proposta de contratação, no contrato, na apólice e no certificado individual.

9.3.2. O recálculo dos capitais segurados visa à adequação dos mesmos aos termos acordados com os Estipulantes, Sub-estipulantes e Segurados.

9.3.3. Quando os capitais segurados representarem múltiplos de valores pré-definidos, os respectivos prêmios serão simultaneamente recalculados.

9.3.4. Quando os capitais segurados representarem saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos segurados, os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais.

9.3.5. Constará no contrato se será aplicado o critério de atualização dos prêmios e dos capitais segurados conforme o item 9.1, ou o critério de recálculo dos valores, conforme o item 9.3.

CLÁUSULA 10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

As indenizações por MORTE e pelas coberturas de INVALIDEZ PERMANENTE, por acidente ou doença, se contratadas, não se acumulam.

10.1. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado, em conseqüência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida por Morte deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para Morte.

10.2. Tendo sido paga indenização decorrente de Invalidez Permanente Total por Doença do Segurado, este é automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 11 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas concedidas por este seguro são extensivas a todo o globo terrestre, com exceção da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego, quando contratada, cujo âmbito geográfico está restrito ao território brasileiro.

CLÁUSULA 12 - CARÊNCIA

12.1. A garantia de morte natural constante na Cobertura Básica está sujeita a carência de no máximo 360 (trezentos e sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou

da recondução do seguro, se suspenso. O período de carência, se houver, será estabelecido na Especificação da apólice.

- 12.2. A existência de carência para as coberturas adicionais, quando contratadas, estará prevista nos textos das respectivas coberturas.
- 12.3. Não haverá carência para eventos resultantes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, cuja carência é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de vigência do risco.
- 12.4. Na renovação do risco individual não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 12.5. Se suspenso ou excluído da apólice por qualquer motivo e, sendo novamente aceito no seguro mediante preenchimento de proposta de adesão, o Segurado deverá cumprir novo período de carência, salvo expressa menção em contrário na Apólice.
- 12.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.
- 12.7. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.
- 12.8. O pagamento antecipado de prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.
- 12.9. Não há cobertura para sinistros ocorridos nos períodos de carência das respectivas coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13 - PROVIDÊNCIAS EM CASO DE SINISTRO

- 13.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, seu representante ou pelo(s) beneficiário(s), em formulário próprio de Aviso de Sinistro, carta registrada, telegrama, fax, e-mail ou por qualquer outro meio legal, à Seguradora ou ao seu Representante.
- 13.2. Da comunicação antes referida deverão constar: data, hora, local, causa do sinistro e outras informações relevantes.
- 13.3. A comunicação na forma das cláusulas anteriores não exonera o segurado ou seu beneficiário da obrigação de apresentar o Aviso de Sinistro, o mais rápido possível, e entregar a Seguradora todos os demais documentos pertinentes ao sinistro, conforme CLÁUSULA 14 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO, destas Condições Gerais.
- 13.4. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

CLÁUSULA 14 - PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO

- 14.1. O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente poderá ser efetuado após o Segurado ou Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do mesmo.
- 14.2. Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 14.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação ou apuração do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a essa comprovação ou apuração, correrão por conta dos beneficiários ou quem de direito, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 14.4. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 14.5. A Seguradora poderá exigir, também, do Segurado ou de seus beneficiários, documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquérito ou processos relacionados com o sinistro.
- 14.6. Para rápida regulação do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos abaixo especificados, e, se houver, os constantes nas demais condições da apólice, **ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar quaisquer outros documentos necessários, se existir dúvida fundada e justificável.**

- 14.7. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega de toda documentação exigível para o pagamento da indenização devida. No caso de solicitação de documentação complementar prevista no item anterior, esse prazo será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 14.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação e por escrito, a constituição de junta médica.
- 14.8.1. A junta médica acima mencionada será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 14.8.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 14.8.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 14.9. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE MORTE
- a) Formulário AVISO DE SINISTRO POR MORTE, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Ficha de cadastro, se funcionário;
- e) Comprovante de recolhimento do prêmio, do período referente à data do acidente; e
- f) Documentos dos Beneficiários:
- Todos: comprovante de endereço, número de telefone e código DDD,
 - Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
 - Companheira(o): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
 - Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
 - Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- h) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- j) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- 14.10. Para as coberturas adicionais e suplementares contratadas, os documentos necessários à liquidação dos sinistros constarão nas respectivas cláusulas.
- 14.11. Além dos documentos mencionados acima, para qualquer cobertura deverão ser apresentados:**
- a) Cópia autenticada do contrato de financiamento ou de compromisso;
- b) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso na data do sinistro.

CLÁUSULA 15 - FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 15.1. As indenizações serão pagas sob a forma de parcela única, salvo disposição em contrário nas Cláusulas das Coberturas Adicionais.
- 15.2. O saldo devedor para fins de indenização será trazido a valor presente à data do sinistro, correspondendo ao valor das parcelas cobertas, deduzidos os juros e encargos contratuais, salvo expressa menção em contrário na Especificação da Apólice.

CLÁUSULA 16 - DECLARAÇÕES/ALTERAÇÕES/COMUNICAÇÕES

- 16.1. As declarações prestadas pelo Estipulante, pelo Segurado e/ou pelo Corretor de Seguros, na proposta de contratação, na proposta de adesão, e nos demais documentos necessários à apreciação do risco proposto à Seguradora, servem de base à aceitação e realização deste seguro.
- 16.2. Os formulários que a Seguradora põe à disposição do Segurado como parte integrante da proposta de adesão, como documentos anexos à mesma ou sob a forma de questionários sobre o estado de saúde,

atividades profissionais, ocupacionais, desportivas ou sobre a situação patrimonial e financeira do Segurado, constituem elementos facilitadores das declarações a prestar.

- 16.3. Nenhuma alteração nesta apólice será válida se não for feita por escrito, com a concordância das partes contratantes.
- 16.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

CLÁUSULA 17 - PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto, a Seguradora ficará isenta do pagamento de qualquer indenização, sem restituição de prêmio, se houver, por parte do Segurado, de seus beneficiários, do representante de um ou de outro, de seu corretor de seguros ou do Estipulante (seus controladores, dirigentes e administradores):

- 17.1. Fraude ou tentativa de fraude comprovada, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice, simulando ou provocando um sinistro, ou, ainda, agravando suas conseqüências.**
- 17.2. A realização de declarações inexatas, falsas ou erradas ou a omissão de circunstâncias que pudessem influir na aceitação da proposta de contratação, na proposta de adesão ou no valor do prêmio, sem prejuízo da obrigação do prêmio vencido, conforme Art. 766 do Código Civil, sendo que:**

Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora poderá adotar um dos procedimentos abaixo:

17.2.1. Na hipótese de não ocorrência de 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.**

17.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) **Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) **Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

17.2.3. Na hipótese da 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 do prêmio cabível.

- 17.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba e por escrito, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos na apólice, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

17.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da 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.

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

CLÁUSULA 18 - CANCELAMENTO E RESCISÃO

18.1. O presente seguro será cancelado ou rescindido:

- 18.1.1. **A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.**

- 18.1.2. No caso de falta de pagamento do prêmio, observado o disposto nas Cláusulas 21 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO e 22 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.
- 18.1.3. No caso de agravação de risco individual, a Seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, excluindo-o da apólice. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.
- 18.1.4. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a esta apólice e se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 17 - PERDA DE DIREITOS.
- 18.2. Este seguro, se pago o prêmio em parcela única, também poderá ser cancelado, total ou parcialmente, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes:
 - 18.2.1. Se a pedido do Segurado, a Seguradora reterá o prêmio de acordo com a tabela da CLÁUSULA 21 – RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO destas condições. Para prazos não previstos na referida tabela, deverão ser utilizados percentuais correspondentes aos prazos imediatamente inferiores.
 - 18.2.2. Se por iniciativa da Seguradora, a mesma restituirá ao Segurado a parte do prêmio líquido recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pro-rata dia), a contar da data do cancelamento.
- 18.3. Em qualquer das situações acima, **não será devida** a devolução do custo de emissão da Seguradora (custo de apólice) e dos juros de parcelamento, se houver, processando-se o cálculo sobre o prêmio comercial da apólice.

CLÁUSULA 19 - CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com as demais condições da apólice, este seguro pode ser:

- 19.1.** Não contributário, em que os Segurados não pagam os prêmios, devidos exclusivamente pelo Estipulante, ou
- 19.2.** Contributário, em que os Segurados pagam prêmios, total ou parcialmente, mediante recolhimento sob a responsabilidade do Estipulante.

CLÁUSULA 20 - CÁLCULO DO PRÊMIO

- 20.1. O valor e a forma de cálculo do prêmio serão definidos na Especificação da apólice.
- 20.2. Sem prejuízo do disposto no item 20.1., poderão ser aplicáveis, conforme indicado nas demais condições e na Especificação da apólice:
 - 20.2.1. Prêmios adicionais para cobertura de eventos previstos nas exclusões mencionadas na CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUIDOS destas Condições Gerais ou nas exclusões das coberturas adicionais contratadas, desde que aceitos expressamente pela Seguradora.
 - 20.2.2. Prêmios adicionais por risco agravado, devidamente aceito, resultante de, por exemplo, doença ou incapacidade preexistente, ou por existirem fatores de risco presentes que possam condicionar ou agravar o seu estado de saúde ou a probabilidade de ocorrência de acidente, tais como os resultantes de hábitos e modos de vida e os de ordem profissional, ocupacional ou desportiva.
- 20.3. Fazem parte do prêmio todos os encargos que incidam sobre o mesmo.
- 20.4. Os prêmios poderão ser recalculados anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado. Não obstante, a Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio a qualquer tempo, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado ou no resultado da apólice, que possa influir na taxa do seguro. Caso sejam apresentadas novas condições ao Estipulante, este disporá do prazo de 60 (sessenta) dias contados a partir de sua apresentação, para recusá-las ou renegociá-las, respeitado o disposto no item 16.4.

CLÁUSULA 21 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 21.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados será realizado pelo Estipulante, respeitando-se as seguintes disposições:

- 21.1.1. O recolhimento dos prêmios devidos pelo Segurado será efetuado automaticamente por meio de faturas, débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou outros documentos de arrecadação que o Estipulante emita contra o Segurado que tenha aderido ao presente seguro.
- 21.1.2. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, ou parceladamente, mediante acordo entre as partes.
- 21.1.3. Nos seguros com cobrança do prêmio através de desconto ou consignação 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 pedido formal do Segurado.
- 21.1.4. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do segurado retira do estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade da cobertura.
- 21.1.5. Constará explicitamente dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, o prêmio do seguro, a seguradora responsável e obrigatoriamente, quando for o caso, as seguintes informações:
I – a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro; e
II - a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subseqüentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da Cláusula de Recolhimento e Pagamento do Prêmio constante nas condições contratuais do seguro.
- 21.1.6. As coberturas deste seguro ficarão automaticamente suspensas se o prêmio não for recolhido ao Estipulante até a data estabelecida para pagamento da parcela única ou de cada parcela devida, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, salvo nos casos de seguros com fracionamento de prêmio nos termos do item 21.4. destas Condições Gerais.
- 21.1.7. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.
- 21.1.8. O pagamento do seguro deverá ser sempre incluído no pagamento mínimo periódico exigido pelo Estipulante, não sendo passível de inclusão em créditos rotativos e outras formas de financiamento disponibilizadas pelo Estipulante ao Segurado, a menos que expressamente acordadas com o cliente e pagos nos prazos convencionados entre a Seguradora e o Estipulante.
- 21.2. Os prêmios recolhidos na forma acima serão pagos pelo Estipulante à Seguradora, respeitando-se, ainda, as seguintes disposições:
- 21.2.1. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas;
- 21.2.2. Mensalmente, ou nos períodos indicados na Especificação ou demais condições da apólice, com base nos seguros vigentes e prêmios devidos, a Seguradora encaminhará fatura de cobrança ao Estipulante onde constará o nome do mesmo, o valor do prêmio, a data de emissão do documento de cobrança, o número da apólice/endorso e a data limite para o pagamento;
- 21.2.3. A data limite para pagamento do prêmio à vista ou da 1ª parcela do fracionamento, se houver, não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da apólice, da fatura ou endossos dos quais resulte cobrança de prêmio.
- 21.3. A Seguradora informará ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que solicitado.
- 21.4. Para efeito de cobertura nos seguros com fracionamento de prêmio, no caso do não pagamento de qualquer parcela subseqüente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, com base na seguinte tabela de prazo curto:

Relação % entre a parcela	Fração a ser aplicada	Relação % entre a parcela	Fração a ser aplicada	Relação % entre a parcela	Fração a ser aplicada sobre
--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	sobre a vigência original:	de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	sobre a vigência original:	de prêmio paga e o prêmio total do seguro:	a vigência original:
13	15/365	56	135/365	83	255/365
20	30/365	60	150/365	85	270/365
27	45/365	66	165/365	88	285/365
30	60/365	70	180/365	90	300/365
37	75/365	73	195/365	93	315/365
40	90/365	75	210/365	95	330/365
46	105/365	78	225/365	98	345/365
50	120/365	80	240/365	100	365/365

Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 21.4.1. Ocorrendo atraso, a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos da tabela acima, e, mediante acordo da Seguradora, o Segurado poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo da tabela acima, atualizado monetariamente de acordo com a CLÁUSULA 9ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, acrescido dos juros contratuais, respeitado o limite estabelecido na legislação vigente.
- 21.4.2. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.
- 21.4.3. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, o contrato será automaticamente cancelado.
- 21.4.4. No caso de parcelamento do prêmio, além dos juros cobrados a título de Adicional de Fracionamento, nenhum valor poderá ser cobrado a título de custo administrativo de fracionamento, sendo facultado ao Segurado o pagamento antecipado de prêmios fracionados, com redução proporcional dos juros pactuados, se houver, mediante solicitação formal à Seguradora.
- 21.4.5. Nos sinistros de seguros com prêmios fracionados, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio, sejam da apólice ou de endossos, serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 21.4.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 21.4.7. Decorridos os prazos referidos nos itens anteriores sem que tenha sido quitada a ficha de compensação bancária ou documento com efeito similar de cobrança, o contrato ou aditivo a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, mesmo na hipótese de seguro contributivo.
- 21.5. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

CLÁUSULA 22 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 22.1. Se o pagamento do prêmio não for efetivado até a data estabelecida, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da referida data e, no caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- 22.2. As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que realizado dentro de prazo não superior a 60 (sessenta)

dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Não serão cobrados prêmios referentes ao período de suspensão, em que não houve cobertura.

- 22.3. Decorridos 60 dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.
- 22.4. A presente cláusula será aplicável exclusivamente quando o pagamento do prêmio for mensal. Para contratações com pagamento de prêmio fracionado, os critérios de cobertura são descritos no item 21.4 destas Condições Gerais.

CLÁUSULA 23 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos estabelecidos na legislação em vigor, opera-se a prescrição.

CLÁUSULA 24 - PRAZO DE VIGÊNCIA, ACEITAÇÃO E NORMAS DE RENOVAÇÃO

24.1. A apólice emitida em nome do Estipulante vigorará pelo prazo indicado na mesma e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas dos dias indicados para tal fim, sendo renovada automaticamente uma única vez, pelo mesmo prazo, ao fim do período de vigência, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

Adicionalmente, deverão ser obedecidos os seguintes critérios:

- 24.1.1. A contratação ou alteração do contrato de seguro só poderá ser feita mediante proposta de contratação preenchida, datada e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de contratação por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.
- 24.1.2. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro. Na proposta de adesão deverão ser estabelecidos os valores dos capitais segurados e do prêmio à vista, discriminados por cobertura e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos. A Seguradora deverá ter a comprovação da data de protocolo da proposta de adesão de cada proponente.
- 24.1.3. As propostas de contratação e de adesão deverão conter os elementos essenciais à análise do risco, estando a aceitação do seguro sujeita à referida análise.
- 24.1.4. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 24.1.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 24.1.6. Se a seguradora não tiver interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 24.1.7. Renovações posteriores à renovação automática deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 24.1.8. A Seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da proposta de contratação, em caso de seguro novo, renovações não automáticas, endossos ou aditivos, contados da data de seu recebimento.
- 24.1.9. Poderão ser solicitados documentos complementares para análise do risco ou alteração da proposta de contratação, durante o prazo previsto (15 dias), mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 24.1.10. Até a data de aceitação por parte da Seguradora, não haverá cobertura para as propostas de contratação protocoladas.

- 24.1.11. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da proposta de contratação, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro.
- 24.1.12. Em caso de aceitação da proposta de contratação, observado o prazo máximo de 15 (quinze) dias, considerar-se-á, como início de vigência, a data indicada na proposta de contratação, ou, na falta desta, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 24.1.13. Caso a aceitação da proposta de contratação dependa da contratação da cobertura de resseguro facultativo, o prazo previsto no item 24.1.8 fica suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Ainda, dentro daquele prazo, a Seguradora informará, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura. Não haverá cobrança de prêmio, total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta de contratação.

24.2. Vigência da cobertura individual:

- 24.2.1. A cobertura do risco individual começa a vigorar a partir da data de início de vigência da apólice para o grupo segurado já existente naquela data, respeitando-se as condições para adesão estabelecidas nas condições contratuais.
 - 24.2.2. Para os novos proponentes e para as alterações de coberturas ou capitais segurados, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão..
 - 24.2.3. Após o recebimento da Proposta de Adesão e demais documentos necessários discriminados na mesma, o seguro individual deverá ser aceito ou recusado no máximo em 15 (quinze) dias contados do recebimento da documentação pela Seguradora.
 - 24.2.4. Ausência de manifestação por escrito da Seguradora quanto a não aceitação da Proposta de Adesão, no prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do seguro individual.
 - 24.2.5. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto nos itens anteriores, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 24.2.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
 - 24.2.6. Para fins de análise e aceitação de seguro individual, a Seguradora poderá solicitar ao Segurado ou ao Estipulante, informações quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.
 - 24.2.7. A partir do recebimento das informações solicitadas no item 24.2.5., será reiniciada a contagem dos 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da Proposta de Adesão, nos termos dos itens 24.2.3. e 24.2.4.
 - 24.2.8. Se a venda for via telemarketing, a cobertura será aceita ou recusada no máximo em 15 dias da data da solicitação de adesão ao seguro.
 - 24.2.9. As contratações eletrônicas poderão ser assinadas digitalmente desde que sejam utilizados certificados digitais emitidos no âmbito da Infra-estrutura de Chaves Públicas (ICP-Brasil) e sejam identificadas com a data e hora de envio e recebimento.
 - 24.2.10. Caberá ao Estipulante ou à Seguradora, fornecer ao proponente o protocolo que identifique a proposta de adesão recepcionada.
- 24.3. O término de vigência de cada seguro individual não pode exceder a data do término da dívida ou do compromisso e, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, ocorrerá:
- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ou no final do prazo de vigência da cobertura individual, se ocorrer antes do final da apólice e não for renovada na própria apólice;
 - b) Com o falecimento do Segurado principal;
 - c) Com o desaparecimento do vínculo com o Estipulante;
 - d) Quando a Seguradora recusar a manutenção de um segurado após recebimento de informações sobre a agravação do risco, nos termos do item 18.1.3. da CLÁUSULA 18 - CANCELAMENTO E RESCISÃO;
 - e) Quando o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice;
 - f) Quando o Segurado for excluído da apólice por falta de pagamento do prêmio.
- Caso haja diferença de prêmio a devolver para as situações descritas nas alíneas b), c), e e) anteriores, esta será restituída ao Segurado ou Beneficiário, conforme o caso, atualizada

monetariamente, na base pro-rata dia, nos termos da CLÁUSULA 9ª - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

- 24.4. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos.

CLÁUSULA 25 - BENEFICIÁRIOS

- 25.1. O primeiro beneficiário do seguro será o Estipulante ou a Pessoa Jurídica com legítimo interesse na operação segurada que for designada através de autorização expressa do Estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.
- 25.2. Havendo saldo de indenização entre o saldo da dívida ou compromisso assumido pelo Segurado e o capital segurado estabelecido na apólice, no caso de morte do segurado, este será pago da seguinte forma:
- 25.2.1. Os beneficiários do seguro para a cobertura de Morte serão designados livremente pelo Segurado, na Proposta de Adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada;
 - 25.2.2. Para fins de identificação do(s) Beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
 - 25.2.3. Não pode ser instituído Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.
 - 25.2.4. Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o pagamento da indenização devida por força do presente seguro, será feito conforme a Tabela de Beneficiários abaixo, que supre, neste ato, a designação nominativa de beneficiários, em obediência ao disposto no artigo 792 do Código Civil, valendo contra qualquer outra disposição legal:

SITUAÇÃO	BENEFICIÁRIO(S)
<i>Casado sem filhos</i>	<i>Cônjuge</i>
<i>Casado com filhos</i>	<i>50% ao cônjuge e 50% aos filhos</i>
<i>Solteiro(a) sem companheira(o) e sem filhos</i>	<i>Pais e na falta aos avós</i>
<i>Solteiro(a) com companheira(o) e sem filhos</i>	<i>à(o) companheira(o) reconhecida(o) por lei</i>
<i>Solteiro(a) sem companheira(o) e com filhos</i>	<i>ao(s) filho(s)</i>
<i>Solteiro(a) com companheira(o) e com filhos</i>	<i>50% à(ao) companheira(o) legalmente admitida(o) e 50% aos filhos</i>
<i>Separado(a) Judicialmente ou Divorciado (a)</i>	<i>ao(s) filho(s) e, na falta desses, aos pais</i>

- 25.2.5. Não prevalecendo nenhuma das hipóteses acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
 - 25.2.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
 - 25.2.7. Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.
- 25.3. Em caso de falecimento do segurado antes do recebimento de indenização por cobertura em que figure como o próprio beneficiário, o pagamento, quando aplicável, será feito aos Beneficiários indicados na apólice.

CLÁUSULA 26 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 26.1. Além das previstas em outras cláusulas das condições contratuais deste seguro, são obrigações do Estipulante:
- 26.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais dos proponentes, nos prazos acordados.
 - 26.1.2. Manter a Seguradora informada, durante toda a vigência do seguro, a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
 - 26.1.3. Fornecer, ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - 26.1.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no item 21.5. da CLÁUSULA 21 - RECOLHIMENTO E PAGAMENTO DO PRÊMIO, quando a arrecadação deste for de sua responsabilidade.
 - 26.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.
 - 26.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 26.1.7. Informar a razão social da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações entregues ao Segurado e em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao seu, bem como o número do Processo SUSEP deste plano e o nome e percentual de participação no risco de cada Seguradora, no caso de co-seguro.
 - 26.1.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
 - 26.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
 - 26.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
 - 26.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
 - 26.1.12. Nos seguros contributários, na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.
- 26.2. Nos seguros contributários, é expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante:
- 26.2.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.
 - 26.2.2. Rescindir o contrato sem a anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
 - 26.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.
 - 26.2.4. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos;
- 26.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão da cobertura e, na ocorrência de sinistro, determinará a responsabilidade do Estipulante pela retenção indevida dos prêmios recolhidos junto aos segurados, além de sujeitá-lo às cominações legais.

CLÁUSULA 27 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda utilizadas por quaisquer das partes deste contrato, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições deste plano de seguro.

CLÁUSULA 28 - FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou beneficiário para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

CLÁUSULA 29 – DISPOSIÇÕES FINAIS

- 29.1. O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 29.2. 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.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Especificação da Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização caso o Segurado venha a sofrer invalidez permanente total, em consequência de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Estão cobertas a perda ou a impotência funcional definitiva de pelo menos um dos conjuntos de membros ou órgãos descritos nos eventos de INVALIDEZ TOTAL da tabela abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual deste seguro, e desde que esteja definitivamente terminado o tratamento ou tenham se esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação e seja constatada e avaliada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva,, observadas as demais condições contratuais.

Só serão indenizáveis os eventos descritos na tabela abaixo, que determinam indenizações de 100% do respectivo capital segurado.

INVALIDEZ TOTAL

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

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes da CLÁUSULA 7ª - RISCOS EXCLUÍDOS, das Condições Gerais deste seguro, estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de, ou cuja reclamação abranja:

- 3.1. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- 3.2. Parto ou aborto e suas consequências, assim como eventuais complicações decorrentes da gravidez;
- 3.3. Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal coberto;
- 3.4. Choque anafilático e suas consequências;
- 3.5. Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- 3.6. Perda de dentes e os danos estéticos;
- 3.7. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- 3.8. Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na Especificação da Apólice e representa o limite máximo de indenização devido pela Seguradora em caso de sinistro coberto, ainda que do mesmo acidente resulte invalidez de mais de um conjunto de membros ou órgãos, devendo ser observado o disposto na CLÁUSULA 10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.
- 4.2. Esta cobertura não poderá ser contratada simultaneamente com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- 4.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente que provocou a invalidez permanente coberta.

CLÁUSULA 5ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

Em complemento à CLÁUSULA 14 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário DECLARAÇÃO CORRESPONDENTE À INVALIDEZ devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, na impossibilidade deste, por seu representante e pelo médico responsável, com a indicação do CRM e das características e grau da invalidez;
- b) Radiografias, relatórios e exames médicos recentes que comprovem a invalidez;
- c) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- f) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- g) Comprovante de recolhimento do prêmio, do período referente à data do acidente, para fins de verificação;

CLÁUSULA 6ª - BENEFICIÁRIOS

Na hipótese de indenização devida ao Segurado e de sinistro que lhe cause alienação mental total incurável, a indenização será paga ao Responsável Legal ou curador judicialmente nomeado, considerando que o Segurado passa a ser incapacitado para os atos da vida civil.

CLÁUSULA 7ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura Adicional.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO (PRD)

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO

Se ratificada na Especificação da Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de indenização em caso de Perda de Renda por Desemprego do Segurado profissional com vínculo empregatício.

CLÁUSULA 2ª - RISCOS COBERTOS

Estão cobertos os eventos caracterizados como Perda de Renda por Desemprego, ocorridos após o período de carência, se houver, considerado o período de franquia contratado e observadas, ainda, as seguintes condições:

- 2.1. A demissão deve ser involuntária e sem justa causa;
- 2.2. O Segurado deve comprovar ter sido empregado registrado, 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 foi superior ao período máximo estabelecido na Especificação da Apólice, limitado ao máximo de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos da cobertura:

- 3.1. Segurados que tenham sido demitidos por justa causa ou por solicitação própria, em rescisões negociadas entre o empregado e o empregador, quaisquer que sejam as suas causas;
- 3.2. Segurados que tenham sido demitidos por conta de programas de desligamento voluntário, em demissões incentivadas ou com gratificações, fusões, concordatas, privatizações e/ou encerramento de atividades;
- 3.3. Segurados que tenham sido desligados em demissões em massa, sendo consideradas como tais aquelas nas quais houver desligamento superior a 10% (dez por cento) do quadro de funcionários no mesmo mês;
- 3.4. Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;
- 3.5. Proponentes que tenham cargo público com estabilidade;
- 3.6. Militares que sejam exonerados de suas funções;
- 3.7. Proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais.

CLÁUSULA 4ª - CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado para esta Cobertura será definido na Especificação da Apólice.
- 4.2. As indenizações previstas por esta Cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice e poderão ser suspensas no momento em que o Segurado obtiver novo vínculo empregatício, desqualificando a situação de sinistro coberto.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

Esta Cobertura está sujeita a carência de no máximo 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, período durante o qual a Seguradora estará isenta do pagamento de qualquer indenização.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

O Segurado somente terá direito a esta Cobertura após permanecer desempregado por prazo superior à franquia estipulada na Especificação da Apólice, limitada a 30 (trinta) dias, consecutivos e ininterruptos, a contar da data do sinistro (desemprego), sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7ª - DOCUMENTOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTRO E PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

- 7.1. Em complemento à CLÁUSULA 14 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:
- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF, Carteira de Trabalho (folhas de identificação, contrato e rescisão do contrato) e comprovante de endereço;
 - c) Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
 - d) Cópia simples da Comunicação de Dispensa (para o Seguro Desemprego);
- 7.2. Se for estabelecido na Especificação da Apólice que a indenização será paga mensalmente, as mensalidades serão pagas mediante a comprovação de que o Segurado permanece desempregado.

CLÁUSULA 8ª - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura Adicional.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD)

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições desta cobertura fica convencionada a seguinte definição:

Incapacidade Temporária É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Especificação da Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal ou doença do Segurado, profissional liberal ou autônomo.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
- 3.2. Esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 3.4. Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. Para fins da cobertura de diárias de incapacidade por acidente, tomar-se-á por conceito de acidente pessoal o constante do item 4.4. da CLÁUSULA 4ª - GARANTIAS DO SEGURO das Condições Gerais deste seguro.
- 3.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A).

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 6ª RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão também expressamente excluídos desta cobertura reclamações que abranjam:

- 4.1. **Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;**
- 4.2. **Entesopatia;**
- 4.3. **Entorses, distensões, contusões;**
- 4.4. **Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- 4.5. **Fraturas patológicas;**
- 4.6. **Lesões intra-articulares de joelho;**
- 4.7. **Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;**
- 4.8. **Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);**
- 4.9. **Síndromes compressivas nervosas.**
- 4.10. **Diálises e hemodiálises;**
- 4.11. **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- 4.12. **Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto;**
- 4.13. **As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;**

- 4.14. **O choque anafilático e suas conseqüências;**
- 4.15. **Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;**
- 4.16. **Quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, incluindo gastroplastia redutora;**
- 4.17. **Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras e as reparadoras de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado;**
- 4.18. **Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;**
- 4.19. **Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;**
- 4.20. **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- 4.21. **Doenças mentais ou psiquiátricas;**
- 4.22. **Internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.**
- 4.23. **Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

A carência para incapacidade temporária por motivo de doença será estabelecida na especificação da apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade coberta decorrente de acidente pessoal.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

- 6.1. **A franquia será estabelecida na Especificação da Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.**
- 6.2. **O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.**

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. **O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Especificação da Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.**
- 7.2. **Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada diária de incapacidade coberta.**
- 7.3. **Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.**
- 7.4. **As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.**
- 7.5. **A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.**

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. **Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:**

- 8.1.1. Quando a incapacidade temporária superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
- 8.1.2. A critério da Seguradora, e desde que definido na Especificação da Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
- 8.1.3. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.
- 8.1.4. Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.2. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.
- 8.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

CLÁUSULA 9ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 13 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 10 - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 11 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura Adicional.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIH-A)

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

Hospital Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.

Hospitalização ou Internação Hospitalar É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Especificação da Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de um valor diário fixo por dia de hospitalização do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto.

CLAUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do risco individual, após o período de franquia contratado, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.
- 3.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 3.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.
- 3.5. Para fins desta cobertura, toma-se por conceito de acidente pessoal o constante do item 4.4. da CLÁUSULA 4ª - GARANTIAS DO SEGURO das Condições Gerais deste seguro.
- 3.6. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença.
- 3.7. **Nos seguros para menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas havidas com o pagamento das diárias hospitalares, mediante a apresentação das contas originais das despesas e dos relatórios do médico responsável.**

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura reclamações que abranjam:

- 4.1. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- 4.2. **Internações domiciliares (home-care);**
- 4.3. **Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilos e casas de repouso;**
- 4.4. **Internações para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica.**
- 4.5. **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**
- 4.6. **Gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto;**

- 4.7. **Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como de intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- 4.8. **O choque anafilático e suas conseqüências;**
- 4.9. **Danos estéticos;**
- 4.10. **Cirurgias plásticas, exceto as pós-acidentais restauradoras que sejam necessárias para restabelecimento do Segurado em decorrência de acidente coberto;**
- 4.11. **A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;**
- 4.12. **Intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- 4.13. **Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;**
- 4.14. **Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- 4.15. **Internações hospitalares realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que não sejam legalmente habilitados.**
- 4.16. **Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- 4.18. **Eventos não decorrentes de acidente pessoal coberto.**

CLÁUSULA 5ª - FRANQUIA

A franquia será estabelecida na Especificação da Apólice e terá prazo mínimo de 2 (duas) diárias e prazo máximo de 15 (quinze) diárias de internação hospitalar por evento, iniciando-se a cobertura, nestes casos, a partir da 3ª (terceira) ou da 16ª (décima sexta) diárias, respectivamente.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

- 6.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Especificação da Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 6.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de internação coberta.
- 6.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da primeira internação decorrente do acidente pessoal que provocou a internação do Segurado.
- 6.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 6.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 7ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.4. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:
 - 8.4.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.
 - 8.4.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Especificação da Apólice.
 - 8.4.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.5. O segurado deve autorizar seu médico-assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela

confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

- 8.6. Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos ocorridos em datas diferentes.

CLÁUSULA 8ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 13 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa e data de internação e data de alta médica;
- e) Cópia autenticada do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- g) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário.
- i) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório;
- j) Comprovantes originais do pagamento das diárias hospitalares quando tratar-se de segurado menor de 14 anos.

CLÁUSULA 9ª - BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

CLÁUSULA 10 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura Adicional.