

Registro nº 3764/2014

<b>SUC</b> 01	<b>Apólice Prestamista</b> 9186142	<b>Apólice ACP</b> -	<b>Início de Vigência</b> 24H 31/07/2012	<b>Término de Vigência</b> 24H 31/07/2020
<b>Estipulante</b> QUALICORP ADMINISTRACAO E SERVIC				

**ADITIVO Nº 002 AO CONTRATO DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO CELEBRADO ENTRE ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S/A E A QUALICORP ADMINISTRACAO E SERVIC.**

**Pelo presente ADITIVO CONTRATUAL as partes contratantes resolvem por mútuo consentimento, que a partir das 24 hs do dia 31 de julho de 2012 procederem-se as seguintes alterações aos termos do ANEXO AO PROTOCOLO OPERACIONAL assinado entre as partes em 27/12/2011:**

- 1. ALTERAÇÃO NA CLÁUSULA DE CARÊNCIA NO ITEM 8.2.2- “Diária de incapacidade temporária decorrente de acidente ou doença (segurados autônomos)”**

**DE:**

**Carência:** o segurado somente terá direito à cobertura do seguro, em caso de doença, inclusive se iniciada no prazo de carência, após 60 (sessenta) dias da data de adesão ao mesmo. Não existe carência para eventos de acidentes pessoais.

**PARA:**

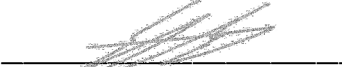
**Carência:** A carência deste seguro é de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de adesão ao seguro. O segurado somente terá direito à cobertura do seguro em caso de diagnóstico de doença depois de ultrapassado o período de carência e desde que a doença tenha seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início da vigência da apólice. Não haverá cobertura para doença iniciada no prazo de carência. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

- 2. Demais condições serão idênticas ao contrato principal.**

Registro nº 3764/2014

<b>SUC</b> 01	<b>Apólice Prestamista</b> 9186142	<b>Apólice ACP</b> -	<b>Início de Vigência</b> 24H 31/07/2012	<b>Término de Vigência</b> 24H 31/07/2020
<b>Estipulante</b> <b>QUALICORP ADMINISTRACAO E SERVIC</b>				

São Paulo, 23 de Julho de 2014.



ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S.A.  
GABRIEL BUGALLO  
DIRETOR UW



ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S.A.  
ANDRE PEIXOTO  
SUPERINTENDENTE UW

---

**QUALICORP ADMINISTRACAO E SERVIC**  
**REPRESENTANTE LEGAL:**  
**CARGO:**  
**CPF:**

*Este documento será válido somente com assinatura do Estipulante e Seguradora.*