

Seguro de Vida em Grupo de Prestamistas com Garantia de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária

Condições Gerais

1. OBJETIVO.....	2
2. DEFINIÇÕES	2
3. BENEFICIÁRIO	5
4. COBERTURAS.....	6
5. CARÊNCIAS	15
6. FRANQUIAS.....	16
7. CAPITAL SEGURADO	16
8. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	16
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	16
10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	17
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	17
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	18
13. CERTIFICADO DE SEGURO.....	18
14. CUSTEIO DO SEGURO	18
15. PRÊMIO DE SEGURO.....	19
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO	19
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	20
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO	20
19. RESCISÃO CONTRATUAL.....	21
20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO.....	21
21. PAGAMENTO DE SINISTROS	23
22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	24
23. PERDA DE DIREITOS.....	24
24. PRAZO DE PRESCRIÇÃO.....	25
25. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	25
26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS	26
27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	26
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
29. SUB-ROGAÇÃO	26
30. TRIBUTOS	27
31. REGIME FINANCEIRO	27
32. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
33. DISPOSIÇÕES GERAIS	28
34. FORO.....	28

Seguro de Vida em Grupo de Prestamistas com Garantia de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária

Registro do Produto na SUSEP: 15414.004673/2004-86

Condições Gerais

1.OBJETIVO

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um determinado compromisso financeiro do Segurado na ocorrência de um Evento previsto e coberto pelo Seguro, nos termos das Condições Gerais, Especiais e Particulares, desde que observadas as restrições, tanto contratuais, quanto legais, e ainda o limite do Capital Segurado.

2.DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal

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

2.1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da Apólice;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes provenientes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes ocasionados por alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não provocados por acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) 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 neste item.

2.2. Apólice

É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do Contrato de Seguro coletivo.

2.3. Beneficiário(s)

É(São) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), cedente(s) do financiamento ou serviço, a quem (às quais) deve ser paga a Indenização na hipótese de ocorrência do Sinistro.

2.4. Capital Segurado

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do Evento.

2.5. Carência

É um período ininterrupto de dias dentro da vigência de um Seguro, contado a partir do seu início, e fim determinado em Condições Particulares, em que as garantias contratadas não terão cobertura.

2.6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

2.7. Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de Seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s) deste Seguro.

2.8. Condições Particulares ou Contrato

Conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização deste Seguro.

2.9. Doença

É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.

2.10. Doença Preexistente

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado antes da data da contratação do Seguro, que são de seu prévio conhecimento e que, se não forem informadas na Proposta de Adesão, não geram para o Estipulante, para o Segurado ou seu Beneficiário o direito à Indenização.

2.11. Estipulante

É a pessoa jurídica que contrata o Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

2.12. Evento Coberto ou Risco Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do Seguro.

2.13. Franquia

É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do Seguro, com início a partir da data da ocorrência do Sinistro, e fim determinado em Condições Particulares, no qual o Segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo Seguro que se vencer durante o período da Franquia.

2.14. Grupo Segurável

É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na Apólice.

2.15. Grupo Segurado

É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no Seguro, pertencentes ao Grupo Segurável, cuja cobertura esteja em vigor.

2.16. Indenização

É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um Evento coberto por este Seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

2.17. Início de Vigência

Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.18. Instituição Financeira

Para fins deste Seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito a uma pessoa física Segurada de uma Apólice do seguro de proteção financeira, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas Condições Particulares do Seguro.

2.19. Prêmio

É a importância paga pelo Segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista nas Condições Particulares, para obtenção das garantias e coberturas previstas no Contrato de Seguro.

2.20. Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que somente passará à condição de Segurado após a sua aceitação pela Seguradora.

2.21. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente, solicitando sua inclusão no Seguro.

2.22. Riscos Excluídos

São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Particulares que não serão cobertos pelo plano de Seguro.

2.23. Segurado

É o Proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.

2.24. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às coberturas.

2.25. Seguro

É uma operação por meio da qual a Seguradora, mediante o pagamento do Prêmio, se obriga frente ao Segurado a pagar uma Indenização, observado o disposto nas Condições Gerais, Especiais e Particulares, caso se produza o Evento coberto.

2.26. Sinistro

Ocorrência do Evento coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

2.27. Sub-Estipulante

É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao Seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas Condições Gerais, Especiais e Particulares da Apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do Seguro.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. É(São) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro.

3.1.1. Nos planos de Seguro cuja Indenização tenha como objeto a amortização de dívida contraída ou atendimento a compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante, em caso de ocorrência do Evento coberto, o primeiro Beneficiário será o próprio 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.

3.2. Na falta de indicação do segundo Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, quando for o caso, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

3.2.1. Na falta das pessoas indicadas no subitem 3.2, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

3.2.2. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o

Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

3.3. Renúncia ao Direito de sua Substituição: Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração e procederá ao pagamento ao antigo Beneficiário, caso não seja cientificada oportunamente da substituição.

3.3.1. A renúncia do Segurado ao direito de substituição de Beneficiário não exige instrumento público, podendo ser feita por instrumento particular, em documento à parte do contrato de Seguro devidamente formalizado.

4. COBERTURAS

As coberturas do Seguro dividem-se em:

4.1. Cobertura Básica de Morte

4.1.1. Objetivo

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do Segurado, sendo o valor máximo indenizável definido em Condições Particulares.

4.1.2. Elegibilidade

São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da adesão ao Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao Seguro.

4.1.3. Riscos Excluídos

Estão excluídos da cobertura de Morte os Eventos ocorridos em consequência de:

- a) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e a utilização de meio de transporte mais arriscado;**
- b) ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou representante legal de um ou de outro;**
- c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- f) epidemia declarada por autoridade competente; e**
- g) suicídio nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do Início de Vigência do Seguro.**

4.2. Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente

4.2.1. Objetivo

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do Capital Segurado da garantia básica de Morte, em caso de invalidez permanente total causada por Acidente Pessoal do Segurado, constatada e avaliada quando da alta médica definida, após conclusão do tratamento médico ou após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter total da invalidez, sendo o valor máximo indenizável definido em Condições Particulares.

4.2.1.1. Configuram a invalidez permanente total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal coberto. **A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do Início de Vigência do Seguro, não dará direito à Indenização.**

4.2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente

Para fins deste Seguro, a invalidez permanente total por Acidente será caracterizada após a constatação da:

- 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; e
- h) alienação mental total e incurável.

4.2.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

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

4.2.5. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido no subitem 2.1, está expressamente coberta a invalidez permanente total por Acidente decorrente de:

- a) acidentes provocados por ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de Acidente coberto;
- b) acidentes ocasionados por alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles provenientes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de**

insetos;

- d) choque elétrico e raio;
- e) contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- f) acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
- g) infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- h) queda n'água ou afogamento;
- i) seqüestro, tentativa de seqüestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e
- j) tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4.2.6. No caso de Sinistro que envolva invalidez permanente total por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, formada por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

4.2.7. 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.

4.2.8. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

4.2.9. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

4.2.10. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez permanente total por Acidente são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Sinistro. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

4.2.11. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de Morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.2.11.1. Não restando comprovada a invalidez permanente total por Acidente, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de Prêmios.

4.2.12. *Elegibilidade*

São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da adesão ao Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao Seguro.

4.2.13. *Riscos Excluídos*

Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os Eventos ocorridos em consequência de:

- a) **doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido no subitem 2.1 destas Condições Gerais;**
- b) **acidentes provocados por quaisquer dos atos e/ou operações referidos no subitem 4.1.3, exceto o suicídio;**
- c) **acidentes ocasionados por quaisquer alterações mentais, de forma direta ou indireta, decorrentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes;**
- d) **acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;**
- e) **acidentes e suas consequências, verificados antes da contratação do Seguro;**
- f) **perda de dentes e danos estéticos;**
- g) **autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgão que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;**
- h) **todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e**
- i) **tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do Início de Vigência do Seguro.**

4.3. *Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença*

4.3.1. *Objetivo*

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do Capital Segurado da garantia básica de Morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado, consequente de doença que cause a perda de sua existência independente.

4.3.1.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

4.3.2. Para fins desta cobertura, considera-se como Risco Coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) **doenças cardiovasculares crônicas enquadradas no conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) **doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis,**

- que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c) **doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;**
 - d) **alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) **doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;**
 - f) **doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
 - g) **deficiência visual, decorrente de:**
 - g.1) **cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - g.2) **baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - g.3) **casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;**
 - g.4) **ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;**
 - h) **doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**
 - i) **estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
 - i.1) **perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**
 - i.2) **perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e**
 - i.3) **perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

4.3.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a perda da existência independente do Segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma Indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas Condições Particulares do Seguro.

4.3.4. A invalidez funcional permanente total causada por doença deve ser comprovada por meio de Declaração Médica, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, definido no subitem 4.3.2.

4.3.5. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez funcional permanente total causada por doença.

4.3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez

funcional permanente total por Doença.

4.3.7. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.3.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez funcional permanente total por doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

4.3.9. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

4.3.10. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de Morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.3.10.1. Não restando comprovada a invalidez funcional permanente total por doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de Prêmios.

4.3.11. *Elegibilidade*

São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da adesão ao Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao Seguro.

4.3.12. *Riscos Excluídos*

Estão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno

exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os a seguir especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e) as doenças agravadas por traumatismos;
- f) as doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas; e
- g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem perda da existência independente do Segurado.

4.3.13. Excluem-se, ainda, da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os Eventos previstos no subitem 4.1.3 destas Condições Gerais.

4.4. Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário

4.4.1. Objetivo

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos em Condições Particulares.

4.4.2. Desemprego Involuntário

Como perda involuntária de emprego entende-se o trabalhador Segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, deixando de receber qualquer remuneração pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

4.4.3. Elegibilidade

São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do Evento.

4.4.4. Riscos Excluídos

Estão excluídos da cobertura de Desemprego Involuntário os Eventos ocorridos em consequência de:

- a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;
- g) falência;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro; e
- k) ato doloso praticado pelo Segurado, pelos Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro.

4.5. Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total Temporária

4.5.1. Objetivo

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos em Condições Particulares.

4.5.2. Incapacidade Física Total Temporária

Como incapacidade física total temporária entende-se aquela para a qual o Segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, em decorrência de acidente ou doença.

4.5.3. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado por meio de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total temporária.

4.5.4. Elegibilidade

São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total Temporária todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida por meio dos documentos relacionados no item 20 (Procedimento em Caso de Sinistro), destas Condições Gerais, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da adesão ao Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao Seguro.

4.5.5. *Riscos Excluídos*

Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária os Eventos ocorridos em consequência de:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, resolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **doenças preexistentes à adesão ao Seguro, de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do Seguro;**
- d) **incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do Seguro, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;**
- e) **atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- f) **ato doloso praticado pelo Segurado, pelos Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**
- g) **lesão premeditada auto-infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio, quando ocorrido dentro dos primeiros 2 (dois) anos de vigência do Certificado Individual;**
- h) **furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) **doenças, acidentes e lesões provocadas pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;**
- j) **epidemias e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);**
- k) **qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**
- l) **gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;**
- m) **hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- n) **tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- o) **cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por Eventos cobertos pelo Seguro;**
- p) **tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- q) **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- r) **distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer Eventos ou conseqüências deles decorrentes;**
- s) **afastamentos decorrentes de um mesmo Evento que já tenha sido indenizado pela Apólice de Seguro vigente;**
- t) **Lesões causadas por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); e**

u) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e a utilização de meio de transporte mais arriscado.

4.5.6. Estão excluídos, ainda, da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade regular remunerada.

4.6. Na hipótese de o plano de Seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

4.7. O plano de Seguro sempre deverá abranger pelo menos a cobertura básica de Morte.

4.8. *Exclusão para Atos de Terrorismo*

Em qualquer das coberturas de que trata este item 4, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. CARÊNCIAS

5.1. A Carência, observado o disposto no subitem 2.5, **quando houver**, será determinada nas Condições Particulares do Seguro.

5.2. O limite máximo a ser estabelecido como prazo de Carência será de 2 (dois) anos.

5.3. Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária poderá haver Carência conforme subitem 5.1, contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do Início de Vigência do Seguro.

5.3.1. Para estas coberturas, não haverá prorrogação de vigência.

5.4. Poderá haver Carência para as garantias de Morte (não provocada por Acidente) e de Invalidez Permanente Total por Doença, conforme período definido nas Condições Particulares. Adotada a Carência, ao Estipulante fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente à Carência fixada.

5.5. 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.

5.6. Não haverá Carência para as garantias de Acidentes Pessoais.

6.FRANQUIAS

A Franquia, observado o disposto no subitem 2.13, **quando houver**, será determinada nas Condições Particulares do Seguro.

7.CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado, estabelecido nas Condições Particulares da Apólice, corresponderá ao valor máximo de cada cobertura contratada e será pago ou reembolsado pela Seguradora ao Estipulante, com o objetivo de amortizar a dívida, vigente na data do Evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

7.2. Para efeito do cálculo da Indenização, a data de Evento quando da liquidação do Sinistro será:

- a) **Cobertura de Morte:** data da ocorrência do Evento coberto;
- b) **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:** data da ocorrência do Acidente;
- c) **Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:** data do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, indicada na declaração médica;
- d) **Cobertura de Desemprego Involuntário:** data da ocorrência do Evento coberto;
- e) **Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária:**
 - e.1) **por acidente:** data da ocorrência do Acidente; e e.2) **por doença:** data indicada no relatório médico.

7.2.1. A data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou, ainda, estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7.3. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8.ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. A atualização dos Capitais Segurados seguirá obrigatoriamente os critérios estabelecidos no contrato de financiamento e será definida nas Condições Particulares do Seguro.

8.2. Para os seguros com prazo inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização de valores.

9.REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Não há reintegração para as garantias de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.

9.2. Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do Capital Segurado será automática, determinada em Condições Particulares.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

10.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

10.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

10.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na Proposta são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

10.4. No caso de não-aceitação da Proposta de Seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao Proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

10.4.1. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no subitem 10.4, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente antes da data de devolução. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

10.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

11.1. A inclusão dos Segurados na Apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, podendo ser exigido para análise de aceitação o preenchimento de Proposta de Adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde.

11.2. A inclusão dos Segurados na Apólice será determinada em Condições Particulares e poderá ser compulsória, quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade descritas no item 4 (Coberturas) destas Condições Gerais; ou facultativa, quando o Seguro abranger os clientes do Estipulante que tiverem sua inclusão expressamente declarada, observado ainda o disposto no item 10 (Aceitação de

Segurados) destas Condições Gerais.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. O plano de 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.

12.2. O início e o término de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas no Certificado de Seguro.

12.3. O prazo de vigência do Seguro varia conforme estabelecido nas Condições Particulares, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do Seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

12.3.1. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.

12.4. Nos Contratos de Seguro cujas Propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o Início de Vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da Proposta ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informada nas Condições Particulares.

12.5. Os Contratos de Seguro cujas Propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio terão seu Início de Vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, ressalvado o disposto no subitem 12.2.

13. CERTIFICADO DE SEGURO

No Início da Vigência do Seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando, no mínimo, os seguintes elementos: 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; e o Prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio das garantias previstas neste Seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado nas Condições Particulares.

14.1. Contributário

Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) Prêmio(s).

14.2. Parcialmente Contributário

Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) Prêmio(s).

14.3 Não Contributário

Quando o Estipulante paga integralmente o(s) Prêmio(s) do Seguro.

15. PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O Prêmio de Seguro será determinado em Condições Particulares.

15.2. Poderá ser feita a reavaliação dos Prêmios de Seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos nas Condições Particulares do Seguro.

15.3. Qualquer alteração da Apólice que implique ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos Segurados, de acordo com o Código Civil e a Resolução CNSP nº 107/2004.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

16.1. O Prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Particulares.

16.1.1. A data-limite para pagamento do Prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

16.1.2. Quando a data-limite para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

16.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio houver sido realizado pelo Segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

16.3. Caso o Sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do Prêmio, o direito à Indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

16.4. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia da data do vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, de acordo com a variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento e aquele publicado imediatamente antes da data de pagamento.

16.4.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

16.5. Decorrido este prazo, o Seguro 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, de acordo com o disposto no subitem 18.4 destas Condições Gerais.

16.6. Entretanto, observado o disposto no subitem 16.4 anterior, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro. A Seguradora responderá pelo pagamento das Indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

16.7. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, *ticket*, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do Prêmio do Seguro de cada Segurado.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa:

- a) automaticamente, quando do término do período de vigência do Certificado Individual, se este não for renovado;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice; e
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte no Prêmio.

17.2. Na hipótese de o Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. O respectivo cancelamento do Certificado Individual se dará sob as determinações do subitem 16.4 destas Condições Gerais.

18.2. As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

18.3. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento do Prêmio, a Indenização será paga nos termos destas Condições Gerais, desde que os Prêmios em atraso sejam previamente pagos, acrescidos de juros de atualização monetária, na forma do subitem 16.4 destas Condições Gerais.

18.4. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, o

Seguro será cancelado, sem que seja devida ao Estipulante, Segurado ou Beneficiário a percepção proporcional de qualquer Indenização relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios pagos.

19. RESCISÃO CONTRATUAL

19.1. O Seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

19.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

20.1. Quando ocorrer um Sinistro, o Segurado ou um de seus representantes deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante um comunicado constando o nome completo do Segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia do Registro Geral (RG) e cópia do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), juntamente com os documentos a seguir relacionados, conforme o Evento:

20.1.1. Garantia Básica de Morte

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se o Beneficiário for o cônjuge;
- c) Declaração de *Causa Mortis* (formulário a ser fornecido pela Seguradora), em caso de morte natural;
- d) Laudo de Necropsia ou Cadavérico;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- h) cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- i) cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, CPF e do comprovante de residência do Beneficiário;
- j) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe;
- k) cópia do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica, quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- l) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- m) cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida; e
- n) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido

pela Seguradora).

20.1.2. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);
- c) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;
- e) cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- f) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- g) cópia da Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- h) cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;
- i) radiografia do membro atingido, se for o caso;
- j) cópia da Declaração Médica comprovando a invalidez permanente total; e
- k) cópia do Termo de Curatela Definitivo, em caso de invalidez permanente total com alienação mental.

20.1.3. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Doença

- a) relatório médico original contendo:
 - a.1) o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - a.2) detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- b) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea “a” anterior.

20.1.4. Garantia Suplementar de Desemprego Involuntário

- a) cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, assim como página posterior em branco; e
- b) cópia autenticada do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado, com a discriminação das verbas rescisórias.

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

20.1.4.2. Nos seguros que possuem Franquia, para o recebimento da primeira Indenização, a autenticação da cópia da Carteira de Trabalho deverá ter data superior à data do desligamento, somada ao número de dias da Franquia, conforme estabelecido nas Condições Particulares do Seguro.

20.1.5. *Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária*

- a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do Evento;
- b) exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- c) cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - c.1) última declaração do Imposto de Renda; c.2) Recibo de Pagamento de Autônomo;
 - c.3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - c.4) comprovante, referente aos 3 (três) últimos meses anteriores à data do Evento, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
 - c.5) inscrição na Prefeitura, juntamente com o último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do Sinistro;
- d) cópia simples do Boletim de Ocorrência policial (BO), quando aplicável.

20.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário à regulação do Sinistro, para a completa elucidação do Evento ocorrido.

20.3. No caso de Sinistros da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o Segurado deverá submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

20.4. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários.

20.4.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

21. PAGAMENTO DE SINISTROS

21.1. Em caso de Sinistro coberto por este Seguro, o Segurado/Estipulante deverá comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas condições, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, **mediante dúvida fundada e justificável**, na dependência das necessidades de cada caso, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação do Sinistro.

21.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento de Indenização

devida pelo presente Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao Estipulante, Segurado ou ao(s) Beneficiários e que comprovem a ocorrência de Sinistro coberto pela apólice e os prejuízos indenizáveis.

21.3. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior será suspenso e reiniciado a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.4. A forma e a periodicidade do pagamento das Indenizações de cada cobertura serão determinadas nas Condições Particulares do Seguro e terão por objetivo amortizar dívida vigente na data do Evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

21.5. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no subitem 21.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirão, adicionalmente, sobre o valor juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

21.6. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As Indenizações por morte e invalidez permanente do Segurado não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do Segurado, a Seguradora pagará a Indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a Indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

23.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora terá direito de:

- a) na hipótese de não-ocorrência de Sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;
- b) na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado, 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; e
- c) na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença do Prêmio cabível.

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

23.2.1. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

23.2.2. O cancelamento do Seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, se o Estipulante, o Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) não observar as obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato;
- c) não comunicar por escrito ao Segurado, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o risco objeto do Seguro;
- d) não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;
- e) não tomar as providências imediatas para minorar as conseqüências do Sinistro; e
- f) se recusar a submeter-se aos exames ou entregar os documentos solicitados pela Seguradora e indispensáveis à comprovação da existência ou não da cobertura e/ou a causa, extensão ou natureza da lesão ou doença.

24. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

25. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

25.1. O plano de Seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice.

25.2. A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados a participação nos resultados técnicos da Apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da Apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurarem os lucros serão computadas todas as receitas e despesas ocorridas desde o início, quando se tratar da primeira apuração.

25.3. Considera-se lucro a diferença **positiva** existente entre as receitas e despesas

ocorridas no período de apuração.

25.4. A distribuição do excedente técnico será efetuada após o recebimento integral dos Prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

25.5. As definições dos itens que compõem as receitas e despesas serão especificadas nas Condições Particulares.

25.6. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido nas Condições Particulares do Seguro.

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

26.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

26.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no subitem 26.1.

26.2.1. Quando a alteração não implicar ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

27.1. As coberturas de Morte e Invalidez Permanente abrangem Eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

27.2. As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária abrangem Eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes Condições Gerais da Apólice e as normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

29. SUB-ROGAÇÃO

No Seguro de Pessoas, o Segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do Sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil.

30. TRIBUTOS

30.1. Os Prêmios de Seguro incluem todos os tributos, impostos, taxas, contribuições e outros encargos governamentais, de qualquer natureza, incidentes sobre os mesmos, tais como, sem limitação, o Programa de Integração Social (PIS) e a Contribuição para a Seguridade Social (COFINS).

30.2. O Prêmio deverá ser pago integralmente à Seguradora, para que esta proceda ao devido recolhimento do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF).

30.3. Havendo qualquer alteração na legislação tributária que implique a majoração das alíquotas dos tributos atualmente aplicáveis, os valores dos Prêmios serão reajustados de forma a refletir tal alteração.

31. REGIME FINANCEIRO

Este Seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de Prêmios pagos pelo Estipulante ou Segurado.

32. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

32.1. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessários à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;
- b) remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo, que deverá ser enviado à Seguradora;
- c) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer Eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as Condições Contratuais do Seguro;
- d) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;
- e) disponibilizar aos Proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia das Condições Particulares e destas Condições Gerais;
- f) discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;
- g) repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido nas Condições Particulares;
- h) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;
- i) repassar aos Segurados os valores relativos aos excedentes técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro, conforme o caso;
- j) discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e

- comunicações referentes ao Seguro;
- k) comunicar, de imediato, à Seguradora a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;
 - l) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;
 - m) comunicar à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;
 - n) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; (se houver co-seguro)
 - o) obter anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, para os casos de rescisão, renovação ou alteração do Seguro que implique ônus ou dever adicional aos Segurados; e
 - p) cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas nas Condições Contratuais e nestas Condições Gerais, com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso.

32.2. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

32.3. É vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro; e
- c) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

33. DISPOSIÇÕES GERAIS

33.1. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

33.2. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste Contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

33.3. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

33.4. 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.

34. FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.