

Seguro Coletivo - Prestamista
Processo SUSEP nº 15414.004673/2004-86

Condições Gerais

1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado para amortizar dívida contraída ou atender compromisso assumido pelo Segurado na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro nos termos destas condições gerais, desde que observadas as restrições contratuais e legais, e ainda, o limite do Capital Segurado contratado.

2. DEFINIÇÕES

a) 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:

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 decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de 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.

b) Apólice: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante.

c) Beneficiário(s): É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), cedente(s) do crédito, financiamento ou serviço ou, ainda, a pessoa física indicada pelo Segurado para receber eventual diferença entre o valor da indenização e o saldo da dívida ou compromisso a quem (às quais) deve ser paga a indenização na ocorrência do sinistro.

d) Capital Segurado: É o valor máximo para a(s) cobertura(s) contratada(s) a ser pago pela Seguradora no caso de ocorrência de sinistro coberto pela Apólice.

e) Prazo de Carência: É o período contado a partir do início de vigência do seguro durante o qual, na ocorrência do Sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

f) Certificado de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

g) Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro e, quando couber, do estipulante.

h) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e beneficiários .

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

- j) Doença ou Lesão Preexistente e suas Consequências:** 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 Declaração Pessoal de Saúde e/ou na Proposta de Adesão, não geram para o Estipulante, Segurado ou Beneficiário o direito à Indenização.
- k) Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- l) Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas Coberturas, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início e fim determinados em contrato de Seguro, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.
- n) Grupo Segurável:** É o grupo formado pelas pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e que atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- o) Grupo Segurado:** É o conjunto de pessoas físicas efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- p) 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.
- q) Início de vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- r) Instituição Financeira:** Para fins deste seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física segurada de uma apólice do seguro, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito, e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no Contrato do seguro.
- s) Meios Remotos:** Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de

redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

- t) Ouvidoria:** Instituição que atua como canal de comunicação entre os Segurados e a Seguradora com o objetivo de assegurar a estrita observância das normas legais e regulamentares e promover a mediação e solução de conflitos.
- u) Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista nas condições contratuais, para obtenção das coberturas previstas no contrato de seguro.
- v) 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.
- x) Proposta de Adesão:** É o documento preenchido e assinado pelo proponente, pessoa física, no qual expressa a intenção de aderir ao seguro, solicitando sua inclusão no Seguro e manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- z) Proposta de Contratação:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do(s) risco(s), em que o Proponente, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar a(s) cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- aa) Riscos Excluídos:** são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- ab) Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- ac) Seguradora:** É a Bradesco Vida e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às coberturas.
- ad) Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais e no Contrato, caso se produza o evento coberto.
- ae) Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

af) Sub-Estipulante: É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais e Contrato e 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.

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 neste artigo, 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. Alteração de Segundo Beneficiário: Conforme o caso, o Segurado poderá, livremente, alterar a indicação de segundo Beneficiário, mediante comunicação por escrito à Seguradora. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração, e procederá ao pagamento ao antigo beneficiário caso não seja cientificada oportunamente da alteração.

4. COBERTURAS

4.1. As coberturas do seguro dividem-se em Básicas e Adicionais.

4.1.1. São coberturas básicas:

- a) Morte
- b) Morte Acidental.

4.1.2. São coberturas adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente
- b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- c) Desemprego Involuntário
- d) Incapacidade Física Total e Temporária.

4.1.3. As coberturas básicas poderão ser contratadas isoladamente, enquanto as coberturas adicionais só poderão ser contratadas em conjunto com, pelo menos, uma cobertura básica.

4.1.4. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença só poderá ser contratada em conjunto com as Coberturas Básica de Morte e Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente.

4.2. Coberturas Básicas

4.2.1. Cobertura Básica de Morte

4.2.1.1. Objetivo: Garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado definido na Apólice, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais.

4.2.1.2. 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 que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

4.2.1.3. 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 pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante, pelo Segurado, pelos Beneficiários ou representante legal de um ou de outro;

c. 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 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 ou pandemia declarada por autoridade competente;

g) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de Vigência do Seguro; e

h) Doenças ou Lesões Pre-Existentes e suas Consequencias.

4.2.2. Cobertura Básica de Morte Acidental

4.2.2.1 Objetivo: A Cobertura Básica de Morte Acidental tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado definido na Apólice, em caso de morte do Segurado por causa exclusivamente acidental.

4.2.2.2. Elegibilidade: São elegíveis à cobertura básica de morte acidental todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o Estipulante e idade mínima de 18 (dezoito) anos completos e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da adesão ao Seguro.

4.2.2.3. Riscos Cobertos: Além dos casos de "Acidente Pessoal" definido no item 2 destas Condições Gerais, também estarão cobertos os eventos decorrentes de:

a) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

b) os acidentes decorrentes de 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 decorrentes, 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) os acidentes decorrentes de 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.

4.2.2.4 Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte Acidental e, por isso, não geram ao Beneficiário o direito à Indenização, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido na alínea "a" do item 2 destas Condições Gerais;**
- b) os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos no item 4.2.1.3;**
- c) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;**
- d) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da adesão ao Seguro;**
- e) perda de dentes e danos estéticos;**
- f) auto-lesões, 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; e**
- g) todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**

4.3. Coberturas Adicionais

4.3.1. Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente

4.3.1.1. Objetivo: Garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da Cobertura básica de Morte ou de Morte Acidental, conforme o caso, 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.

4.3.1.2. Configuram a Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, ou 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.**

4.3.1.2.1. 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;
- h) Alienação mental total e incurável.

4.3.1.2.2. 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.

4.3.1.3. 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.

4.3.1.4. Riscos Cobertos: Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na alínea "a" do item 2, está expressamente coberta a Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de:

a) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

b) os acidentes decorrentes de 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 decorrentes, 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) os acidentes decorrentes de 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.

3.4.1.5. 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, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

4.3.1.6. 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.

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

4.3.1.8. 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.

4.3.1.9. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente e 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.

4.3.1.10. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte ou de morte acidental, conforme o caso, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte ou morte acidental, bem como o Certificado Individual do Segurado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.3.1.11. Não restando comprovada a Invalidez Permanente e Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais sem qualquer devolução de prêmios.

4.3.1.12. 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 completos e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

4.3.13. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

a) as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme definido na alínea "a" do item 2 destas Condições Gerais;

- b) os acidentes ocorridos em consequência de quaisquer dos atos e/ou operações referidos no item 4.2.2.4, exceto o suicídio;**
- c) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;**
- d) acidentes e suas consequências, ocorridos antes da adesão ao Seguro;**
- e) perda de dentes e danos estéticos;**
- f) auto-lesões, 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;**
- g) todo e qualquer tipo de curetagem uterina; e**
- h) tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de Vigência do risco individual.**

4.3.2. Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

4.3.2.1. Objetivo: Garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da Cobertura básica de Morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado consequente de doença que cause a perda de sua existência independente.

4.3.2.1. 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.

4.3.2.3. Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos 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 sob o 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 doença:
 - g1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - g4) 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:
 - i1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - i2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - i3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.3.2.4. 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, correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da Cobertura básica de morte.

4.3.2.5. A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença deve ser comprovada através 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 item 4.3.2.

4.3.2.6. 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.

4.3.2.7. 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 e Total por Doença.

4.3.2.8. 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 grau de incapacidade parcial.

4.3.2.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e 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, desempatador, 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.

4.3.2.10. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e 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.

4.3.2.11. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e 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 Certificado Individual do segurado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.3.2.12. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais sem qualquer devolução de prêmios.

4.3.2.13. 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 completos e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

4.3.2.14. 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 abaixo 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) os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

c) as doenças agravadas por traumatismos;

d) Excluem-se, ainda, da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os eventos previstos no item 4.2.1.3 destas Condições Gerais.

4.3.3. Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário

4.3.3.1. Objetivo: Garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, sendo a forma de pagamento e o valores máximos indenizáveis definidos no Contrato de Seguro.

4.3.3.2. 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, ficando sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

4.3.3.3. 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 completos na data da adesão ao 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.

4.3.3.4. 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;

K) Ato doloso praticado pelo Segurado, pelos beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro.

4.3.4. Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária

4.3.4.1. Objetivo: Garantir ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Contrato de Seguro.

4.3.4.2. Incapacidade Física Total e 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.

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

4.3.4.4. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida através 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 completos e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro.

4.3.4.5. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

a) os eventos previstos no item 4.2.1.3 destas Condições Gerais;

b) 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;

c) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;

d) Hospitalização para a realização de exames de rotina;

e) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

f) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

g) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;

h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;

j) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.

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

l) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).

4.4. O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte ou de Morte Acidental.

4.5. 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 na alínea "e" do item 2, quando houver, será determinada no Contrato de Seguro e na Apólice.

5.2 O prazo de carência será limitado a dois anos e não poderá exceder a metade do período de vigência estabelecido no Contrato de Seguro.

5.3. 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.

5.4. Não haverá carência para as Coberturas de acidentes pessoais.

6. FRANQUIAS

A franquia, observado o disposto no sub item "m" do item 2, quando houver, será determinada no Contrato do Seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado será estabelecido na apólice e corresponderá ao valor máximo de cada cobertura contratada, que será pago pela Seguradora ao Estipulante com o objetivo de amortizar a dívida, vigente na data do evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

7.1.1. O valor do Capital Segurado poderá ser estabelecido em função do saldo devedor do Segurado junto ao Estipulante, do valor da prestação pactuada entre o Segurado e o Estipulante, do valor do bem financiado ou, ainda, em valor fixo determinado e limitado no Contrato de Seguro.

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 e Morte Acidental: 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:

e1) Por acidente: data da ocorrência do acidente.

e2) Por doença: data indicada no relatório médico.

7.2.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e 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 através 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 DE VALORES

8.1. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes do Seguro, a partir da data em que tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE.

8.2. A atualização de que trata o item 8.1. 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 a data de sua efetiva liquidação.

8.3. O contrato de seguro poderá estabelecer cláusula de recálculo do Capital Segurado de acordo com:

I – o índice de reajuste aplicado ao contrato de financiamento; ou

II - o percentual indicado pelo estipulante para cada uma das categorias de segurados.

8.3.1 O recálculo de valores segundo os critérios previstos no inciso I do item 8.3 deste artigo será realizado nas mesmas épocas dos reajustes.

8.3.2 O recálculo de valores segundo o critério previsto no inciso II do item 8.3 deste artigo será realizado anual ou mensalmente ou ainda, na renovação do plano de seguro.

8.3.3 Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte e invalidez deverão ser atualizados desde a data da última atualização do Prêmio até a data e ocorrência do Evento.

8.4 Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

8.5. Para as apólices com prazo de vigência inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Não há reintegração para as Coberturas de Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

9.2. Para as Coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática, determinada na Apólice.

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 Coberturas contratadas, 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 item 10.4., o valor será atualizado pela variação do IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, 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 IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o INPC/IBGE.

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 na Proposta de Contratação e no Contrato e poderá ser compulsória, quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade descritas no item 4 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 destas Condições Gerais.

11.3. A adesão ao Seguro, incluindo a Declaração Pessoal de Saúde, poderá ser realizada com a utilização de Meios Remotos.

11.3.1. A adesão por meios remotos sem a emissão de documentos contratuais físicos no ato da contratação deverá implicar no envio de mensagens informativas ao Segurado ao longo da vigência do Seguro, de acordo com o disposto na legislação aplicável.

11.3.2. O envio das mensagens referidas no item anterior será realizado, preferencialmente, com a utilização do mesmo meio remoto usado para a contratação do Seguro.

11.3.3. Em caso de adesão por meio retomo, o Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias da emissão do Certificado Individual. Para tanto, deverá protocolar solicitação escrita à Seguradora.

11.3.4. Em caso de desistência, a Seguradora fornecerá ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, ficando vedada qualquer cobrança a partir dessa data.

11.3.5. Quaisquer valores eventualmente pagos serão devolvidos de imediato, a partir da manifestação de arrependimento, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo meio adotado para o pagamento do Prêmio.

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 horas das datas estabelecidas no Certificado de Seguro.

12.3. O prazo de vigência do seguro será determinado no Contrato de Seguro, 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 realizadas de forma expressa. A renovação expressa, desde que não implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, poderá ser realizada pelo Estipulante. 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 $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

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 com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado 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 item 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.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio das coberturas previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado na Proposta de Contratação e no Contrato.

14.1. Será Contributário o seguro quando o Segurado contribui totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).

14.2. Será Parcialmente Contributário o seguro quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).

14.3. Será Não Contributário o seguro quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

15. PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O prêmio de seguro (ou taxa) será determinado na Proposta de Contratação e no Contrato.

15.2. A reavaliação do prêmio, quando houver, ocorrerá no aniversário de cada apólice.

15.3. Qualquer alteração da apólice que implique em ônus, dever adicional ou redução dos direitos dos segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ dos segurados.

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 na Proposta de Contratação e no Contrato.

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 em que houver expediente bancário.

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 IPCA/IBGE apurada entre o último índice publicado antes da data do vencimento e aquele publicado imediatamente anterior à data de pagamento.

16.4.1 Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o INPC/IBGE.

16.5. Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias do vencimento sem pagamento, 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 item 18.4 destas Condições Gerais.

16.6. Entretanto, observado o disposto no sub-item 16.4. acima, 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, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à 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:

17.1.1. automaticamente, quando do término do período de vigência do da Apólice, se esta não for renovada;

17.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;

17.1.3. Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;

17.1.4. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

17.2. Na hipótese do 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 sociedade 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 sub-item 16.5 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, quando devida, 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 item 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 o 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 simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

20.1.1. Cobertura Básica de Morte ou Morte Acidental:

- 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, 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, e
- 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. Cobertura 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;
- c) Aviso de Sinistro;
- 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 a 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. Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

a) Relatório médico original contendo:

a1) o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;

a2) 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 Autônômicas 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 no item anterior.

20.1.4. Cobertura Adicional 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, e página posterior em branco.

a1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo segurado será determinada no Contrato de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

a2) Nos seguros que possuem franquia, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido nas Condições Particulares do seguro.

b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

20.1.5. Cobertura 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:

c1) Última declaração do Imposto de Renda, ou;

c2) Recibo de Pagamento Autônomo, ou;

c3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;

c4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;

c5) Inscrição na prefeitura, acrescido do 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 para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

20.3. No caso de sinistros da Cobertura 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, deverá o Segurado/Estipulante comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas 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 de 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 periodicidade do pagamento das indenizações de cada cobertura serão determinadas no Contrato de 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 sub item 21.2, o valor será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE. Incidirá, 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, pago de uma só vez, independentemente de notificação ou interpelação judicial, juntamente com os demais valores do contrato.

21.6. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o INPC/IBGE.

22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por morte, morte acidental 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 Cobertura, 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.

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, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato;
- c) não comunicar por escrito a Segurado, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de d) 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;
- 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.

24.1. Prescreve em um ano a pretensão do Segurado contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão;

24.2. Prescreve em 3 anos a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

25. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

25.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato e na 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 apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

25.3. Considera-se lucro a diferença positiva entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.

25.4 O eventual Excedente Técnico a ser distribuído será um percentual do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma de, no mínimo, das despesas relacionadas a seguir:

25.4.1. Receitas

- a) prêmios de competência correspondente ao período de Vigência da Apólice, efetivamente recebidos pela Seguradora;
- b) estorno recebidos pela Seguradora de Sinistros computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela Seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e
- d) eventuais recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador, quando houver.

25.4.2. Despesas

- a) Comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;
- b) Pró-labore (remuneração) pago ao Estipulante durante o período de apuração, quando houver;
- c) Valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os Sinistros com pagamento parcelado;
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;
- e) Despesas efetivas de administração;
- f) Prêmios de resseguro, quando houver;
- g) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR)

25.5. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do índice de atualização do produto, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

25.6. A distribuição dos excedentes técnicos apurados será realizada depois de pagas todas as faturas de Prêmios do período e o prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento de todas as faturas do período. Os valores dos excedentes técnicos eventualmente devidos na forma deste Contrato serão creditados em conta bancária do Estipulante ficando este responsável pelo repasse aos Segurados dos valores que lhe competirem, devendo ser observada a proporção de participação dos segurados no custeio do Seguro.

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

26.1 Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em 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 Estipulante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.

26.2.1 Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos 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, morte acidental e invalidez permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

27.2. As coberturas de desemprego involuntário e incapacidade física total e 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 artigo 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 na 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 ad evolução 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 necessárias 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 cosseguro)
- 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 em 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;
- 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.

33.5. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do Processo nº 15414.004673/2004-86.

33.6. A Ouvidoria da Seguradora estará disponível para acesso dos Segurados por meio de serviço de discagem direta gratuita para o número 0800 701 7000, das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

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.