

SEGURO PRESTAMISTA CONSÓRCIO

Capital Segurado Vinculado

Condições Contratuais

Versão 1.4

Processo SUSEP nº 15414.002696/2011-85

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
www.mapfre.com.br

WhatsApp: **(11) 4004-0101**

Central de Atendimento aos Clientes: **0800 775 4545 | Sinistro** – todos os dias das 08h às 20h
SAC 24 Horas: **0800 775 1000**

Atendimento em Libras 24 horas - <https://mapfre.emlibras.com>

Central de Atendimento a Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: **0800 775 5045**

Ouvidoria: **0800 775 1079 |** Ouvidoria para Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala: **0800 775 7911 - de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados.** A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Reclamações para consumidores dos mercados supervisionados: www.consumidor.gov.br

SUMÁRIO

CLÁUSULA 1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO	1
1.1. OBJETIVO DO SEGURO	1
1.2. DEFINIÇÕES	1
1.3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	5
CLÁUSULA 2. CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA.....	5
2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO	5
2.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO	8
2.3. CAPITAL SEGURADO	9
2.4. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	10
2.5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	11
2.6. CARÊNCIA	11
2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	12
2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE	14
CLÁUSULA 3. GARANTIAS DO SEGURO	14
3.1. COBERTURAS CONTRATADAS.....	14
3.2. EXCLUSÕES GERAIS	15
3.3. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO E FRANQUIA	16
3.4. EMBARGOS E SANÇÕES	16
CLÁUSULA 4. DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES.....	17
4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	17
4.2. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
4.3. BENEFICIÁRIOS	20
4.4. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS	21
4.5. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS DO SEGURADO À SEGURADORA	23
CLÁUSULA 5. PAGAMENTO DO SEGURO	23
5.1. CUSTEIO DO SEGURO	23
5.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO	23
5.3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	25
5.4. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	26
CLÁUSULA 6. SINISTRO E REGULAÇÃO	26
6.1. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO	26
6.2. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	27
CLÁUSULA 7. DISPOSIÇÕES FINAIS	30
7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS	30
7.2. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	31

7.3. PRESCRIÇÃO	31
7.4. FORO	31
7.5. DISPOSIÇÕES GERAIS	31
CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS BÁSICAS DO SEGURO.....	32
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M.....	32
1. OBJETIVO DA COBERTURA	32
2. EXCLUSÕES.....	32
3. CAPITAL SEGURADO	33
4. DATA DO EVENTO	33
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	33
6. RESCISÃO E CANCELAMENTO	33
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	33
COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	35
1. OBJETIVO.....	35
2. DEFINIÇÕES.....	35
3. COBERTURAS CONTRATADAS.....	35
4. EXCLUSÕES.....	36
5. CAPITAL SEGURADO	37
6. DATA DO EVENTO	37
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	37
8. RESCISÃO E CANCELAMENTO	37
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	37
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	39
CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURAS ADICIONAIS DO SEGURO	39
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – PRIFT-A.....	39
1. OBJETIVO.....	39
2. DEFINIÇÕES.....	40
3. ELEGIBILIDADE.....	40
4. EXCLUSÕES.....	40
5. CAPITAL SEGURADO	41
6. DATA DO EVENTO	41
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	41
8. CARÊNCIA	41
9. FRANQUIA	42
10. RESCISÃO E CANCELAMENTO	42
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	42

12. ACUMULAÇÃO DE CERTIFICADOS INDIVIDUAIS	44
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	44
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PRDI	44
1. OBJETIVO DA COBERTURA	44
2. DEFINIÇÕES	44
3. ELEGIBILIDADE	44
4. EXCLUSÕES	45
5. CAPITAL SEGURADO	46
6. DATA DO EVENTO	46
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	46
8. CARÊNCIA	46
9. FRANQUIA	46
10. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA COBERTURA	46
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	47
12. ACUMULAÇÃO DE CERTIFICADOS INDIVIDUAIS	49
13. DISPOSIÇÕES GERAIS	49

CLÁUSULA 1. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEGURO

1.1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1.1. Pelo presente contrato de seguro, a Seguradora obriga-se, mediante o pagamento do Prêmio equivalente, a amortizar ou custear, total ou parcialmente, Obrigação assumida pelo Devedor, no caso de ocorrência de Sinistro coberto, desde que respeitados os Riscos Excluídos, as hipóteses de Perda de Direito e as demais disposições contratuais.

1.1.2. A garantia consiste no pagamento de Indenização por prejuízos comprovados decorrentes dos riscos contratados, até o Capital Segurado contratado.

1.2. DEFINIÇÕES

1.2.1. Este dicionário tem como objetivo facilitar a compreensão das Condições Contratuais do seguro, que contêm alguns termos técnicos. Ao longo do documento, sempre que um termo aparecer com a primeira letra em maiúscula, sem estar no início da frase, isso indicará que ele possui um significado específico definido neste dicionário. Assim, busca-se tornar a leitura mais simples e garantir que os principais conceitos e regras das Condições Contratuais e da Apólice/Certificado individual sejam entendidos com clareza.

ACEITAÇÃO: É a aprovação, pela Seguradora, da Proposta de Seguro apresentada pelo Tomador, Segurado, Estipulante, Proponente, por seus representantes legais e/ou por intermédio do Corretor de Seguros, para fins de contratação do seguro.

ACIDENTE: Acontecimento imprevisto e involuntário, com data caracterizada, que ocorre de forma súbita e inesperada, causando dano à coisa ou à pessoa.

ACIDENTE PESSOAL: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e 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 ou parcial do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) As doenças, inclusive 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.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em

qualquer tempo; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora.

APÓLICE: Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e das coberturas solicitadas pelo Proponente, bem como estabelece os direitos e as obrigações das partes.

AVISO DE SINISTRO: comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice/Certificado individual, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O primeiro Beneficiário no Seguro Prestamista Fixo, em princípio, será o Credor a quem o Segurado realiza o pagamento de prestações periódicas em decorrência de dívida ou compromisso assumido.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.

CAPITAL SEGURADO VINCULADO: modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigaçāo, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da Vigência do Seguro, no caso de suspensão, durante o qual, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) Capital(is) Segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de Evento Coberto.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

COBERTURA: obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.

COMORIÊNCIA: é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento do Segurado principal e do(s) Beneficiário(s) na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

COMPANHEIRO(A): é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro que eventualmente alteram as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

CONJUGAÇÃO: é a contratação de mais de uma Cobertura securitária constante no presente instrumento.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do(s) Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s).

CORRETOR DE SEGUROS: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídica, de direito público ou privado. O Corretor de Seguros responde civilmente

perante os Segurados, Seguradora e os Beneficiários, pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.

CREADOR: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigaçāo contratada objeto deste seguro.

CULPA GRAVE: termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.

DANO ESTÉTICO: Espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E/OU ATIVIDADE: documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

DEVEDOR: aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigaçāo contratada, objeto deste seguro.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde. **A omissão dessas doenças ou lesões, no preenchimento da proposta ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, poderá ensejar a perda do direito ao seguro.**

ENDOSSO: Documento emitido pela Seguradora durante a vigência da Apólice/Certificado individual, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que contrata seguro coletivo em proveito de um grupo de pessoas com o qual possua vínculo anterior e não securitário, pactuando com a Seguradora os termos da Apólice/Certificado individual para a adesão dos interessados. Representa os segurados e beneficiários perante a Seguradora na formação e na execução da Apólice/Certificado individual.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Coberturas previstas na Apólice.

FORO: âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrente do Contrato de Seguro.

FRANQUIA: Representa a participação obrigatória do Segurado em todo e qualquer prejuízo indenizável, podendo ser expressa em percentual, em dias ou em valor, de modo que apenas serão indenizados pela Seguradora os prejuízos que ultrapassarem a Franquia estabelecida contratualmente.

GRUPO SEGURADO: totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de prejuízos indenizáveis decorrentes de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s).

INTERRUPÇÃO DE PRAZO: É a cessação da contagem de um prazo contratual ou legal. Quando o prazo é interrompido, ele se reinicia novamente após cessada a causa da interrupção.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA (LMG): Representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, fixado na Apólice/Certificado individual, por Evento ou série de Eventos Cobertos, aplicado ao conjunto de coberturas da Apólice/Certificado individual de seguro.

MÉDICO/MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma

Indenização por parte da Seguradora.

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

PREMORIÊNCIA: morte do Beneficiário antes do falecimento do Segurado.

PRÊMIO: Importância fixada na Apólice/Certificado individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia de interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

PROONENTE: É a pessoa física ou jurídica interessada na contratação do Seguro e que apresenta a Proposta.

PROPOSTA: Documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros que formaliza o interesse em contratar, alterar ou renovar o Seguro, contendo os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. A proposta é a base da Apólice/Certificado individual de seguro e faz parte integrante deste.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e demais disposições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais da Apólice.

PRO RATA TEMPORIS: no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do Contrato de Seguro.

QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DE RISCO: Formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro, bem como dos prejuízos dele decorrentes que sejam passíveis de Indenização.

RELATÓRIO MÉDICO: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos. Não será aceito, para fins de liquidação de Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/ Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.

RISCO: Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.

RISCO EXCLUÍDO: evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice/Certificado individual, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice/Certificado individual.

SALDO DEVEDOR: é a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do Sinistro.

SEGURADO: Pessoa física ou jurídica que contrata o seguro, em seu benefício pessoal ou de terceiros, e/ou está

exposto aos riscos previstos nas coberturas contratadas.

SEGURADORA: Empresa legalmente autorizada a comercializar seguro que, mediante o recebimento do Prêmio, garante interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A.

SINISTRO: Ocorrência de evento previsto nas Condições Contratuais do seguro, de natureza futura e incerta, cuja verificação implica, nos termos da Apólice/Certificado individual, a obrigação da seguradora de analisar a cobertura contratada e, se for o caso, efetuar o pagamento da indenização, reembolso ou prestação do serviço, observados os limites, franquias, carências, hipóteses de perdas de direito e exclusões estabelecidos.

SUB-ROGAÇÃO: É a transferência de direitos, ações, garantias e privilégios do Segurado, ou de terceiros para a Seguradora, resultante do pagamento de indenização prevista na Apólice.

SUSPENSÃO DE PRAZO: É a paralisação temporária da contagem de um prazo contratual ou legal. Durante o período de suspensão, o prazo deixa de fluir, mas volta a ser contado do ponto em que parou assim que cessar a causa da suspensão.

TERCEIRO: Qualquer pessoa física ou jurídica que não seja:

- a) o próprio Segurado;
- b) o Tomador da Apólice/Certificado individual;
- c) o causador do Sinistro;
- d) o cônjuge, companheiro (a), pais e filhos do Segurado, de seus funcionários, dos sócios controladores, diretores ou administradores do estabelecimento Segurado;
- e) pessoa jurídica com participação acionária no estabelecimento Segurado, até o nível de pessoas físicas, que, isoladamente ou em conjunto, exerçam ou tenham possibilidade de exercer controle comum do estabelecimento Segurado e da empresa reclamante; e os sócios controladores, diretores ou administradores.

VALOR DA CATEGORIA: em consórcios, é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com Prêmio recolhido.

VIGÊNCIA: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor a Apólice/Certificado individual, podendo ser fixado em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem, trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

1.3. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

1.3.1. O âmbito geográfico de cada uma das Coberturas será definido nas respectivas Condições Especiais.

CLÁUSULA 2. CONTRATAÇÃO E VIGÊNCIA

2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO

2.1.1. Este seguro poderá ser contratado de forma coletiva. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da Proposta à Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo Tomador, Segurado, Proponente, Estipulante, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das respectivas Condições Contratuais.

2.1.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta, mas as informações prestadas integram a Apólice/Certificado individual a ser celebrada.

2.1.1.2. Durante o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para análise, contados a partir da data do recebimento da Proposta, não haverá cobertura securitária, salvo se houver previsão específica de cobertura provisória nas Condições Contratuais ou em documento formal emitido pela Seguradora.

2.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo potencial Segurado ou pelo Estipulante, de forma completa e

verídica, as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa do Prêmio, de acordo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade disponibilizada pela Seguradora. O descumprimento do dever de declaração, inclusive por omissão, inexatidão ou reticência, acarretará as consequências previstas na cláusula “4.4. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS”, conforme o disposto na legislação aplicável.

2.1.2.1. A Proposta deverá ser acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade - DPS (ou prova de saúde e/ou atividades) devidamente preenchido (a), quando for solicitada pela Seguradora. O preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde (DPS) deverá ser realizado exclusivamente pelo potencial Segurado.

2.1.2.2. No seguro sobre a vida e a integridade física de terceiro, o Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade da Apólice/Certificado individual, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado.

2.1.2.2.1. Presume-se o interesse legítimo mencionado na cláusula 2.1.2.2 quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do seguro celebrado.

2.1.2.3. As partes e os terceiros intervenientes na Apólice/Certificado individual, ao responderem ao Questionário de Análise de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

2.1.2.4. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

- a.1) nome completo;
- a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;
- a.3) em caso de estrangeiro, número de identificação, válido em todo território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição;
- a.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- a.5) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;
- a.6) número de telefone e código DDD;
- a.7) estado civil;
- a.8) profissão;
- a.9) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- a.10) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.

b) Pessoa Jurídica:

- b.1) a denominação ou razão social;
- b.2) atividade principal desenvolvida;
- b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; ou, no caso de empresa estrangeira, que não possui o registro no cadastro do CNPJ, serão admitidas outras formas de identificação com as devidas referências ao órgão registrador, incluindo o país em que está sediado;
- b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- b.5) número de telefone e código de DDD;
- b.6) informações acerca da situação patrimonial e financeira;
- b.7) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
- b.8) as informações do Item a para beneficiários finais.

2.1.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a

indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

2.1.3.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

2.1.3.2. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

2.1.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta, para aceitá-la ou recusá-la.

2.1.4.1. Aplica-se o mesmo prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para aceitação ou recusa de propostas de renovação não automática e alteração por endosso.

2.1.4.2. A Seguradora, dentro do prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, poderá solicitar esclarecimentos, exames periciais, e documentos complementares para análise e aceitação da Proposta. Neste caso, o referido prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

2.1.4.3. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente, Tomador, Segurado, Estipulante ou ao representante legal de um ou de outro, e, adicionalmente, ao Corretor de Seguros, por escrito, acompanhada da respectiva justificativa.

2.1.4.4. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto na Cláusula 2.1.4. caracterizará aceitação tácita da Proposta.

2.1.5. A emissão da Apólice/Certificado individual, do Endosso ou de qualquer outro documento comprobatório do contrato, bem como a entrega do respectivo documento ao contratante, será realizada em até 30 (trinta) dias, será realizada em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.

2.1.5.1. A data de aceitação da Proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- a) A data da manifestação expressa pela Seguradora;
- b) A data de emissão da Apólice; ou
- c) A data de término do prazo previsto na cláusula 2.1.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

2.1.6. Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice/Certificado individual será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

2.1.6.1. Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

2.1.6.2. Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

2.1.6.3. Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a cláusula 2.1.6 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

2.1.7. A Apólice/Certificado individual será considerada nula quando qualquer das partes souber, no momento de sua celebração, que o risco é impossível ou já se realizou.

2.1.7.1. Se o Segurado, Estipulante ou demais partes contratantes tiverem conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, contrata a Apólice/Certificado individual, pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

2.1.8. No caso dos Seguros coletivos, a inclusão do Segurado na Apólice/Certificado individual é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de Proposta

de Adesão e, quando solicitado, a Declaração Pessoal de Saúde e/ ou Atividades, nos termos da Cláusula 2.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO.

2.1.9. Não há presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, DPS ou Questionário de Análise de Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.

2.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

2.2.1. Poderá ser aceito como Segurado o Proponente que, na data da contratação do seguro, atenda aos seguintes critérios:

- a) Estar em condições normais de saúde;
- b) Estar em plena atividade profissional ou, no caso de aposentados, somente por tempo de serviço;
- c) Ter mais de 16 (dezesseis) anos e menos que a idade máxima definida no Contrato de Seguro e informada na Apólice/Certificado individual;
- d) A idade do Segurado, obtida entre a soma da idade na data da assinatura do contrato ao prazo do financiamento/grupo, não poderá ser superior a idade indicada na Apólice/Certificado individual; e
- e) Preencher e assinar a Proposta de Adesão, juntamente com Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (quando solicitado).

2.2.2. Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados os seus sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

2.2.3. Nos casos de cota de consórcio em nome de pessoa jurídica:

- a) Deverá ser informado no momento da contratação do seguro as datas de nascimento de todos os sócios;
- b) Serão considerados somente os sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão, e, a Indenização será feita na mesma proporção de participação de cada sócio no capital social da empresa, desde que atenda as condições, conforme descrito nesta cláusula;
- d) Caso um dos sócios não atenda aos requisitos descritos nesta cláusula ou ainda não atenda à alínea "d" do item 3.2.2. da CLÁUSULA 3.2. EXCLUSÕES GERAIS, a Seguradora ficará isenta do pagamento da Indenização de sua cota parte.

2.2.4. Nos casos de cota de consórcio adquirido em nome de pessoa jurídica, sociedade anônima, a Seguradora ficará isenta do pagamento da Indenização e efetuará a devolução do Prêmio pago.

2.2.5. Nos casos em que haja uma cota de consórcio em nome de 2 (duas) pessoas físicas, a Indenização será proporcional ao número de titulares da cota, observando-se as restrições de adesão na Apólice de seguro. Se, por qualquer motivo, um dos titulares da cota de consórcio estiver impedido de ingressar na Apólice, o percentual de Cobertura a ele correspondente será transferido aos outros participantes que satisfaçam as Condições Contratuais do seguro;

2.2.6. Não estarão cobertos pelo presente seguro Segurados que:

- a) Não tenham preenchido a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade constante da Proposta de Adesão, (se solicitado) e/ou que esta tenha sido recusada;
- b) Sejam sócios do Estipulante, a qualquer título;

- c) Não tenham observado a legislação referente ao capítulo I da personalidade e capacidade da pessoa física, descrita no Código Civil Brasileiro;
- d) Sejam órgãos da União, Estados, Municípios e respectivas Autarquias, bem como de empresas controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público;
- e) Sejam associações, igrejas, cooperativas, sindicatos e instituições similares; e
- f) Não tenham pagado o prêmio devido à Seguradora, não averbados.

2.2.7. Para os casos de massa transferida, serão aceitos todos os consorciados que já possuem contrato junto ao Estipulante, juntamente com o envio dos seguintes documentos: cópia da Apólice/Certificado individual anterior e relação de faturamento com recolhimento de Prêmio dos últimos 3 (três) meses.

2.2.8. As regras previstas na Cláusula 2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO, inclusive em relação aos prazos e documentos exigidos, se aplicam ao disposto nesta Cláusula.

2.3. CAPITAL SEGURADO

2.3.1. A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de Capital Segurado Vinculado, ou seja, o Capital Segurado contratado é necessariamente igual ao valor da Obrigaçāo assumida pelo Segurado junto ao Credor, objeto do seguro, sendo alterados automaticamente a cada amortização ou reajuste.

2.3.2. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas será estabelecido na Apólice e nos respectivos Certificados Individuais do seguro e será o valor máximo de Indenização devida na data de ocorrência do Sinistro. Os valores ora mencionados serão apurados na data do Sinistro, de acordo com as Condições Especiais das Coberturas contratadas e conforme modalidade de capital descrita na cláusula anterior.

2.3.3. Na ocorrência de Sinistro, caso o valor da Obrigaçāo financeira devida ao Credor seja menor do que o valor do Capital Segurado a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na Cláusula 4.3. BENEFICIÁRIOS.

2.3.4. No caso de contratação por pessoa jurídica, onde os Segurados serā(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrantes do quadro social da empresa, o Capital Segurado será único e limitado ao valor contratado, independentemente da quantidade de sócios Segurados. O valor do Capital Segurado referente a cada sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) poderá sofrer variações decorrentes de mudanças na composição societária da pessoa jurídica.

2.3.5. Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.

2.3.6. Poderá ser efetuado o aumento dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente no Contrato de Seguro, em caso de renovação e/ou renegociação do Saldo Devedor junto ao Credor. Se forem aceitos pela Seguradora, a vigência dos novos Capitais Segurados terá início no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento.

2.3.6.1. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão e a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado).

2.3.6.2. Para hipótese de suicídio ou sua tentativa, será iniciada nova Carência de 2 (dois) anos aplicável sobre a diferença entre o Capital Segurado anterior e o novo capital.

2.3.7. O Estipulante fica ciente que, para o aumento do Capital Segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do Capital Segurado não declarada na Proposta de Adesão, o pagamento da Indenização prevista para a Cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios ao Estipulante e/ou Segurado.

2.3.8. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

2.3.9. Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigaçāo por parte do Segurado, poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e consequentemente à Indenização a ser paga em caso de Sinistro.

2.3.10. Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigaçāo vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.

2.4. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

2.4.1. A vigência da Apólice coletiva estará estabelecida no Contrato de Seguro e na própria Apólice/Certificado individual, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas para tal fim.

2.4.2. Caso o Credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à Obrigaçāo segurada, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, observando-se que:

2.4.2.1. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio correspondente ao período remanescente; e

2.4.2.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora se manifestará no prazo de até 15 (quinze) dias da comunicação feita pelo Credor, sobre o seu interesse na extensão da Vigência do Seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos para a aceitação do risco.

2.4.4. As renovações deverão ser formalizadas através do preenchimento de Proposta pelo Tomador, Segurado, seu representante legal, Estipulante e/ou Corretor de Seguros nos termos da Cláusula 2.1. ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice/Certificado individual.

2.4.4.1. Caso a Proposta de renovação seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos antes do término da Vigência da Apólice/Certificado individual, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência da nova Apólice/Certificado individual diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência da nova Apólice/Certificado individual.

2.4.4.2. A renovação da Apólice/Certificado individual estará condicionada à regularidade no pagamento dos prêmios e à inexistência de fatos ou circunstâncias que, a exclusivo critério da Seguradora, representem alteração significativa do risco originalmente assumido. A Seguradora poderá, ainda, condicionar a renovação à aceitação de modificações nas condições contratuais originalmente pactuadas.

2.4.4.3. A Apólice não será renovada caso o Estipulante não aceite as condições de reavaliação propostas pela Seguradora, para a manutenção do seguro.

2.4.5. A aceitação da Proposta de Contratação, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo Endosso.

2.4.5.1. O Endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.

2.4.6. Qualquer modificação da Apólice/Certificado individual em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados e Beneficiários, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuênciam prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuênciam prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

2.4.6.1. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo da Apólice Coletiva/Certificado individual, em caso de renovação, dependerá da anuênciam expressa de segurados que representem pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

2.4.7. Este Seguro é firmado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice/Certificado individual na data de vencimento, observando-se o seguinte:

a) Para as Apólices/Certificados individuais de seguro individuais sobre a vida e a integridade física vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e

b) Para as Apólices/Certificados individuais de seguro individuais sobre a vida e a integridade física renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.

2.4.7.1. Em nenhuma das hipóteses acima será devida a devolução dos Prêmios pagos durante a vigência da Apólice/Certificado individual.

2.4.8. O término da vigência da Apólice/Certificado Individual, sem renovação válida, acarretará a cessação automática das coberturas securitárias, independentemente de aviso prévio, mantendo-se válidas as obrigações assumidas pelas partes até a data final de vigência.

2.5. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

2.5.1. A vigência da Cobertura individual de cada Segurado, desde que o Proponente seja aceito no Seguro, terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas na Apólice/Certificado Individual do seguro.

2.5.1.1. Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado total ou parcial do valor do Prêmio, o início de vigência da Cobertura da Apólice/Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

2.5.1.2. Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado do Prêmio, o início de vigência da Cobertura do Certificado Individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

2.5.2. A vigência das Apólices/Certificados Individuais corresponderá ao prazo da Obrigaçāo a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término, ou será acordado entre as partes, nos casos em que a Obrigaçāo perdurar por período indeterminado.

2.5.3. Para os contratos em andamento, ou seja, massa transferida, a Cobertura individual terá início junto com a vigência da Apólice coletiva.

2.5.4. O prazo de vigência da Cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no Certificado Individual do Seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da Apólice coletiva podendo ser renovada pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 2.4. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO e 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO

2.5.5. Na emissão e em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).

2.5.6. A Cobertura individual terá vigência pelo período em que a Apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO.

2.6. CARÊNCIA

2.6.1. Poderão ser aplicadas Carências nas Coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura e na Apólice/Certificado individual.

2.6.2. O Beneficiário não terá direito ao recebimento do Capital Segurado quando o suicídio do Segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do Seguro de vida.

2.6.2.1. Ocorrendo o suicídio no prazo de carência, é assegurado o direito à devolução do valor do prêmio pago, ou da reserva matemática, se houver.

2.6.3. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da respectiva Cobertura individual de cada Segurado ou em relação ao valor do aumento do Capital Segurado ou da Cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do Contrato de Seguro. Nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica a diferença do Capital Segurado aumentado ou à Cobertura incluída.

2.6.4. O período de Carência para as Coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de Carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do Certificado Individual do seguro.

2.6.4.1. Ocorrendo o sinistro no prazo de Carência, a Seguradora fica obrigada a entregar ao Segurado ou ao Beneficiário o valor do prêmio pago, ou a reserva matemática, se houver.

2.6.5. No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de Carência para o(s) Segurado(s) já incluído(s) no seguro pela Apólice anterior.

2.6.6. Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal não será aplicada Carência, ressalvada a hipótese prevista no item 2.6.2.

2.6.7. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

2.7.1. A Apólice/Certificado individual contratada poderá ser rescindida a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes, desde que tal intenção seja comunicada por escrito e que haja concordância da outra parte. A comunicação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, quando aplicável, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada.

2.7.2. Na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o Prêmio, calculado de acordo com a Cláusula 5.2 PAGAMENTO DO PRÊMIO das Condições Gerais. Para os prazos não previstos na Cláusula, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

2.7.3. Na hipótese de rescisão por iniciativa da Seguradora, será retida, além dos emolumentos, a fração do Prêmio proporcional ao tempo decorrido entre o início de Vigência e a data do efetivo cancelamento.

2.7.4. A Apólice/Certificado individual será automaticamente cancelada, sem direito à restituição de Prêmio, impostos ou emolumentos, nas seguintes hipóteses:

2.7.4.1. Por falta de pagamento do Prêmio, caso o Segurado não regularize a mora no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados da notificação enviada pela Seguradora comunicando-o sobre o prazo para regularização do pagamento, e suspensão da garantia vencido tal prazo, além da possibilidade de resolução da Apólice/Certificado individual após o período de 30 (trinta) dias corridos. Nos seguros sobre a vida e a integridade física a resolução do contrato ocorrerá 90 (noventa) dias corridos após a notificação ao estipulante;

2.7.4.1.1. Nesta hipótese, será reduzida a Vigência proporcionalmente ao Prêmio pago pelo Segurado, tomando como base a Cláusula 5.1. PAGAMENTO DO PRÊMIO, destas Condições Gerais.

2.7.4.1.2. O prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos previsto nesta cláusula terá início na data da frustração da notificação, sempre que o Segurado ou o Estipulante recusem seu recebimento ou, por qualquer razão, não forem encontrados no último endereço informado à Seguradora.

2.7.4.1.3. O cancelamento da Apólice/Certificado individual libera integralmente a Seguradora por Sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir de então.

2.7.4.1.4. O inadimplemento relativo à prestação única ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza o não aperfeiçoamento da contratação do seguro, não sendo necessária qualquer notificação prévia ao Segurado para a constituição da mora ou para a produção de seus efeitos.

2.7.4.2. Quando houver fraude ou tentativa de fraude praticada pelo Segurado, seu Representante Legal, Tomador, Estipulante ou Beneficiário na contratação do seguro, durante a sua Vigência, ou, ainda, para obter ou para majorar

a Indenização;

2.7.4.3. Na ocorrência de quaisquer das situações previstas na Cláusula 4.4. PERDA DE DIREITOS, salvo nos casos em que não haja má-fé e que a Seguradora opte pela continuidade do seguro;

2.7.4.4. Quando, na vigência da Apólice/Certificado individual, a Indenização ou soma das Indenizações pagas com referência a cada Sinistro atingir ou ultrapassar seu Limite Máximo de Garantia;

2.7.4.5. Quando a Seguradora (i) não for comunicada sobre a venda, alienação ou cessão do bem segurado e da transferência do interesse garantido, ou, (ii) se notificada, optar por resolver a Apólice/Certificado individual ou ainda (iii) quando o cessionário exercer atividade capaz de aumentar de forma relevante o risco ou não preencher os requisitos exigidos pela seguradora.

2.7.4.5.1. Na hipótese (ii) acima, a Seguradora se manifestará no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da comunicação e a recusa será informada por escrito ao Segurado cedente e ao cessionário, produzindo efeitos após 15 (quinze) dias contados do recebimento da notificação.

2.7.4.5.2. Na hipótese (iii) a transferência do interesse garantido somente surtirá efeitos mediante anuênciam expressa da seguradora.

2.7.4.5.3. Resolvida a Apólice/Certificado individual em qualquer das hipóteses previstas na cláusula 2.7.4.5, o Segurado fará jus à devolução proporcional do Prêmio, conforme Cláusula 5.2. – PAGAMENTO DO PRÊMIO das Condições Gerais.

2.7.4.6. Quando for constatada a prática de atos ilícitos graves, inclusive, mas não se limitando a condições análogas à escravidão, trabalho degradante ou outros atos tipificados na legislação vigente como atentatórios à dignidade da pessoa humana.

2.7.4.7. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

2.7.4.8. Quando terminar o período de vigência da Apólice/Certificado individual ou ocorrer a não renovação da mesma, respeitado o período de vigência correspondente ao Prêmio de seguro efetivamente pago;

2.7.4.9. Com o término do prazo do financiamento/consórcio;

2.7.4.10. Com o pagamento pelo Segurado da última parcela devida junto ao Estipulante, salvo se houver antecipação das parcelas;

2.7.4.11. Com o falecimento do Segurado;

2.7.4.12. Com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando a Cobertura previr a exclusão do Segurado da Apólice contratada;

2.7.4.13. Com o cancelamento da Apólice/Certificado Individual ou a quitação total da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, observado o período de vigência correspondente ao Prêmio do seguro efetivamente pago;

2.7.4.14. Com a Indenização decorrente do falecimento de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s), no caso de contratação por pessoa jurídica;

2.7.4.15. Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor.

2.7.5. Em caso de comunicação de relevante agravamento de risco, a seguradora poderá:

2.7.5.1. Cobrar a diferença de prêmio, no prazo de 20 (vinte) dias corridos da comunicação;

2.7.5.2. Cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, caso não seja tecnicamente possível garantir o novo risco. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado.

2.7.5.3. Resolvida a Apólice/Certificado individual em qualquer das hipóteses previstas na cláusula 2.7.5, o Segurado fará jus à devolução proporcional do Prêmio.

2.7.6. Se houver relevante redução do risco, durante o período de vigência, o Segurado poderá exigir a redução proporcional do valor do prêmio, ressalvado, na mesma proporção, o direito da seguradora ao resarcimento

das despesas realizadas com a contratação.

2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE

2.8.1. A Apólice de Seguro coletivo não poderá ser cancelada durante a vigência, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

2.8.2. No caso de morte do Segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do Sinistro.

2.8.3. Em caso de extinção antecipada da Obrigaçāo, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.

2.8.4. A Apólice/Certificado individual ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) A qualquer tempo, por mútuo acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuênciā prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o prazo de aviso prévio mínimo de 30 (trinta) dias;

b) No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observados as seguintes disposições:

i. A Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido; e

ii. Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com o critério *Pro Rata Temporis*;

2.8.5. As regras previstas na Cláusula 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL, inclusive em relação aos prazos e causas de cancelamento, se aplicam ao disposto nesta Cláusula.

CLÁUSULA 3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS CONTRATADAS

3.1.1. As coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem expressamente indicadas na Apólice/Certificado individual e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas Condições Gerais e Especiais/Particulares, quando presentes.

3.1.2. É facultado ao Estipulante a escolha das Coberturas do Seguro, aplicáveis a todo Grupo Segurado, respeitando as regras de Conjugação de planos indicadas nesta cláusula. O conjunto das Coberturas contratadas deverá ser identificado na Proposta de Contratação, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas básicas relacionadas abaixo:

3.1.2.1. Coberturas Básicas

- a) Morte – M;
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

3.1.2.2. Coberturas Adicionais

- a) Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente – PRIFT-A;
- b) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PRDI.

3.1.3. As Coberturas básicas de Morte – M e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA poderão ser contratadas em conjunto ou separadamente.

3.1.4. Em caso de inclusão de menores de 16 (dezesseis) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de Coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal, seja de dependente.

3.1.5. A definição de cada uma das Coberturas mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais.

3.2. EXCLUSÕES GERAIS

3.2.1. Não estão cobertos, por quaisquer das coberturas deste Seguro, todos os riscos, prejuízos ou gastos que se verificarem, direta ou indiretamente, em decorrência de:

- a) quaisquer danos, perdas ou responsabilidades decorrentes de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparada ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Estipulante, pelo Beneficiário, pelo Credor ou por seus representantes legais. No caso de Segurado pessoa jurídica, compreendem-se igualmente os atos praticados por seus sócios controladores, dirigentes, administradores legais, subcontratados, beneficiários e respectivos representantes legais;
- b) quaisquer danos, prejuízos, responsabilidades ou gastos, direta ou indiretamente, decorrentes de atos ou operações de guerra, declarada ou não, invasões, hostilidades, guerra civil, rebelião, insurreição, sublevação, motim, revolução, guerrilha, sedição, tumultos, saques, greves, lockouts, atos de terrorismo ou sabotagem, vandalismo praticado em conjunto com qualquer um desses eventos, confisco, nacionalização, requisição, usurpação de poder ou destruição por ato de autoridade de fato ou de direito, civil ou militar, bem como quaisquer outras perturbações da ordem pública ou consequências desses acontecimentos. Excetuam-se desta exclusão os sinistros comprovadamente decorrentes da prestação de serviço militar regular ou de atos de humanidade em auxílio de terceiros, assim como aqueles cujo pagamento funde-se em sentença judicial transitada em julgado que reconheça a responsabilidade do Segurado independentemente das ocorrências acima;
- c) qualquer perda, destruição ou dano a bens materiais, prejuízo, responsabilidade legal ou despesa emergencial de qualquer natureza causados por fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação radioativa de combustível nuclear, resíduos nucleares ou materiais de armas nucleares, inclusive em testes, experiências, transporte ou explosão nuclear, bem como por exposição a quaisquer radiações nucleares ou ionizantes;
- d) de epidemias e pandemias e envenenamento de caráter coletivo oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo, mas não se limitando a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;
- e) de doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do segurado ou que o obriguem a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento de forma continuada ou tratamento em regime hospitalar prescritos por médicos cujos efeitos persistam até a data de contratação do seguro e não tenham sido declarados na proposta de adesão ou declaração pessoal de saúde e/ou atividade;
- f) da tentativa ou consumação de suicídio, e suas consequências, ocorridos antes de completados 2 (dois) anos ininterruptos de vigência do seguro, contados do início de vigência da respectiva cobertura individual de cada segurado ou da solicitação de aumento de capital segurado, ou ainda, das solicitações de inclusão de cobertura. nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída;
- g) de inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, ciclone, maremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;

- h) de intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- j) de participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esportes, de legítima defesa ou estado de necessidade;
- k) causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- l) causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;
- m) de prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem; e
- n) de atos dolosos, praticados pelo segurado ou seu representante, decorrentes de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, que representem nexo causal com o evento gerador do sinistro.

3.2.2. Além dos riscos excluídos mencionados no item 3.2.1 acima, estão expressamente excluídos das coberturas para acidentes pessoais, se contratadas, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta:

- a) de doenças, incluídas as decorrentes de sequestros e suas tentativas;
- b) da doença conhecida como acidente vascular cerebral – AVC;
- c) de erros médicos;
- d) de doenças 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 pessoal coberto;
- e) de acidentes ocorridos em data anterior à contratação do seguro;
- f) de participação do segurado em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios; e
- g) de acidente quando o segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica e tenha dado causa ao sinistro.

3.3. PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO E FRANQUIA

3.3.1. Em caso de Sinistro, o Segurado participará de parte dos prejuízos, conforme o valor ou percentual indicado na Condição Especial de cada Cobertura e nos documentos contratuais, inclusive na Apólice/Certificado individual.

3.4. EMBARGOS E SANÇÕES

3.4.1. Para fins desta cláusula, consideram-se “Embargos e Sanções” quaisquer medidas, restrições ou proibições, de natureza legal, administrativa ou regulatória, impostas por legislação nacional ou internacional, organismos multilaterais

(como a ONU e o FATF-GAFI), ou por autoridades governamentais de outras jurisdições reconhecidas (como Estados Unidos, Reino Unido ou União Europeia), que limitem ou impeçam operações comerciais, financeiras ou contratuais envolvendo jurisdições, pessoas físicas ou jurídicas, bens ou mercadorias, em razão do combate à lavagem de dinheiro, ao financiamento ao terrorismo ou a outras medidas de restrição internacionalmente reconhecidas.

3.4.2. Incluem-se, para os fins desta cláusula, as sanções previstas na legislação brasileira, em listas oficiais de embargos, ou em normas e resoluções aplicáveis à jurisdição da Apólice/Certificado individual, ao Segurado ou ao Beneficiário, ao local do Sinistro ou destino do pagamento. A título exemplificativo:

3.4.2.1. Organização das Nações Unidas – ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>.

3.4.2.2. Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>.

3.4.2.3. Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>.

3.4.2.4. Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <https://www.gov.br/susep/pt-br/assuntos/cidadao/pldftp/o-grupo-de-acao-financeira-gafi-fatf>.

3.4.3. As coberturas da Apólice/Certificado individual não terão efeito enquanto o Segurado, Beneficiário, objeto segurado ou local do Risco estiverem sujeitos a sanções ou embargos, identificados no momento do Sinistro.

3.4.4. O pagamento de indenizações será automaticamente suspenso desde a data de inclusão do Segurado, Beneficiário ou objeto do seguro em listas de sanções e embargos, sendo restabelecido apenas a partir das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à sua exclusão da referida lista.

3.4.5. Eventuais sanções de indisponibilidade de bens, conforme Lei nº 13.810/2019 e alterações posteriores, também autorizam a suspensão de qualquer pagamento.

3.4.6. O Segurado perderá o direito a indenizações ou reembolsos se, no momento do Sinistro, praticar ato doloso relacionado ao evento e vinculado a sanções ou embargos.

3.4.7. Constitui agravamento de risco o silêncio doloso quanto à existência de restrições decorrentes de sanções e embargos, sujeitando o Segurado às disposições da Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS previstas nestas Condições Gerais.

3.4.8. A suspensão de direitos, coberturas e obrigações da Seguradora perdurará enquanto vigentes as restrições ou sanções aplicáveis, sendo a cobertura automaticamente restabelecida a partir das 24 (vinte e quatro) horas subsequentes à exclusão da restrição, ou mediante decisão judicial cabível.

3.4.9. As listas de sanções e embargos mencionadas nesta cláusula podem ser atualizadas a qualquer tempo pelas autoridades competentes, sendo automaticamente aplicáveis, para os fins destas Condições Contratuais, suas versões mais recentes.

CLÁUSULA 4. DIREITOS E OBRIGAÇÕES DAS PARTES

4.1. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

4.1.1. Sob pena de perder o direito a qualquer indenização, na forma da Cláusula 4.4. – HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS e das demais disposições destas Condições Contratuais, o Segurado, por si ou por seu representante legal, obriga-se a:

4.1.1.1. prestar à Seguradora todas as informações necessárias à Aceitação do Risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio;

4.1.1.2. dar ciência à Seguradora acerca da contratação, cancelamento ou rescisão de qualquer outro Seguro referente aos mesmos riscos previstos na Apólice/Certificado individual contratada;

4.1.1.3. comunicar à Seguradora, de imediato, todo e qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé;

4.1.1.4. dar imediato aviso à Seguradora, por escrito, de todo e qualquer Sinistro, bem como de qualquer evento que possa vir a se caracterizar como tal, indenizável ou não, nos termos destas Condições Contratuais, tão logo dele tome conhecimento;

4.1.1.5. em caso de sinistro, tomar as providências necessárias, úteis e ao seu alcance para evitar e/ou minorar os danos causados, bem como para preservar os bens segurados não atingidos ou remanescentes do Sinistro, não podendo abandoná-los total ou parcialmente, conforme disposto na Cláusula 6.1 – COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO;

4.1.1.5.1. Não estão cobertas as quantias devidas e/ou despendidas pelo Segurado para reparar, evitar e/ou minorar danos de qualquer espécie, decorrentes de riscos excluídos / não cobertos, conforme disposto na cláusula 3.2. EXCLUSÕES GERAIS.

4.1.1.6. manter inalterado o local do Sinistro, bem como qualquer elemento relacionado ao Sinistro;

4.1.1.6.1. O descumprimento culposo deste dever implica em obrigação ao Segurado de suportar as despesas acrescidas para a regulação e liquidação do Sinistro;

4.1.1.6.2. O descumprimento doloso exonera a Seguradora do dever de indenizar ou pagar qualquer Indenização sob a Apólice/Certificado individual.

4.1.1.7. instruir o aviso de sinistro com todos os documentos comprobatórios da causa, natureza e extensão da perda ou dano sofrido, bem como toda e qualquer informação relevante para o entendimento e regulação do sinistro pela seguradora;

4.1.1.8. dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizar a realização das diligências necessárias para apuração da causa e extensão dos danos;

4.1.1.9. comunicar por escrito à Seguradora, até o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos da sua ocorrência, os seguintes fatos: I. a venda, alienação ou cessão dos bens segurados; II. penhor ou qualquer outro ônus sobre os bens segurados; e III. quaisquer modificações nos bens segurados estabelecidos na Apólice/Certificado individual.

4.1.1.10. **cumprir as obrigações previstas nos itens anteriores, sem prejuízo dos demais deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais, incluindo, entre outros, o pagamento tempestivo do Prêmio (Cláusula 5.2) e a colaboração com a Seguradora durante o processo de regulação do sinistro (Cláusula 6).**

4.1.2. O Segurado, por si ou por seu representante legal, é obrigado, ainda, a:

4.1.2.1. manter atualizados seus dados cadastrais, bancários e de contato perante a Seguradora, comunicando prontamente qualquer alteração que possa impactar a comunicação, a regulação de sinistros ou o pagamento de indenizações. **A Seguradora não se responsabilizará por pagamentos efetuados com base em informações incorretas ou desatualizadas fornecidas pelo Segurado ou por seu representante, nem estará obrigada a repetir o pagamento.**

4.1.2.2. guardar, pelo prazo prescricional aplicável, os documentos necessários à apuração do sinistro ou à comprovação do interesse segurado, incluindo, mas não se limitando a, notas fiscais, laudos técnicos e relatórios de manutenção.

4.1.4. Além das obrigações desta cláusula, o Segurado, em caso de evento coberto, deverá cumprir as instruções determinadas nas Condições de cada cobertura.

4.2. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

4.2.1. O Estipulante deverá cumprir todas as obrigações e deveres estabelecidos nestas Condições Contratuais, exceto aqueles que por sua natureza devam ser cumpridas pelo Segurado ou pelo Beneficiário.

4.2.2. O Estipulante declara possuir vínculo jurídico anterior e não exclusivamente securitário com o grupo de pessoas em proveito do qual contrata o seguro. A ausência desse vínculo implicará na consideração do seguro

como individual.

4.2.3. O Estipulante representa os Segurados e os Beneficiários durante a formação e a execução da Apólice/Certificado individual, respondendo integralmente por seus atos e omissões perante estes e a Seguradora.

4.2.4. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) obriga-se a:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do risco e a Regulação do Sinistro, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais completos e atualizados do grupo segurado;
- b) Assegurar que o documento de adesão ao seguro seja preenchido pessoal e integralmente pelos respectivos Segurados ou Beneficiários, responsabilizando-se pela coleta e guarda dessas informações. A Seguradora presumirá, para todos os efeitos, que os dados constantes do documento de adesão refletem fielmente as declarações pessoais dos aderentes;
- c) Manter a Seguradora informada sobre quaisquer alterações nos dados cadastrais dos Segurados, mudanças na natureza do risco coberto, assim como comunicar de imediato a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento;
- d) Prestar, no momento da adesão, informações prévias, claras e adequadas aos Segurados sobre as condições contratuais do seguro, incluindo as cláusulas que limitem direitos ou estabeleçam obrigações;
- e) Fornecer aos Segurados, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas à Apólice/Certificado individual de seguro;
- f) Discriminar o valor do Prêmio do seguro e a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos instrumentos de cobrança e demais documentos ou comunicações emitidos para os Segurados, quando estiver sob sua responsabilidade;
- g) Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos;
- h) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado individual, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros.
- j) Informar com destaque aos Segurados ou Beneficiários nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato de Seguro as quantias eventualmente recebidas pelos serviços prestados como estipulante;
- k) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

4.2.5. O Estipulante deverá, ainda, cumprir as seguintes condutas:

- a) observar padrões éticos elevados nas relações com agentes públicos e privados, comprometendo-se a cumprir todas as normas legais e regulatórias aplicáveis ao seguro e às suas atividades;
- b) não empregar mão de obra infantil, nem submeter pessoas a condições de trabalho degradantes ou desumanas;
- c) cumprir a legislação ambiental vigente, incluindo, entre outras, a Lei Federal nº 12.305/2010 (Política Nacional de Resíduos Sólidos) e a Lei nº 9.605/1998 (Lei de Crimes Ambientais); e
- d) adotar práticas de prevenção à lavagem de dinheiro e à corrupção, incluindo mecanismos de controle e monitoramento, quando aplicável.

4.2.6. Sem prejuízo de outras obrigações previstas em norma vigente, a Seguradora está obrigada a:

- a) comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade Seguradora de Prêmios recolhidos pelo

- Estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;
- b) informar ao Segurado a situação de adimplência do estipulante ou Subestipulante (se houver) sempre que solicitado; e
 - c) prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao adequado acompanhamento do plano de Seguro.

4.2.7. Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

4.2.8. O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas da Apólice/Certificado individual.

4.2.9. É expressamente vedado ao Estipulante ou Subestipulante (se houver):

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) modificar, de forma que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, ou rescindir a Apólice/Certificado individual sem anuênciâa prévia e expressa de um número de Segurados que represente no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuênciâa da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

4.2.10. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) Segurado(s), 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, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

4.3. BENEFICIÁRIOS

4.3.1. O primeiro Beneficiário do Seguro será sempre o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigaçâa a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

4.3.2. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

4.3.2.1. Nos casos de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de adesão ao seguro.

4.3.2.2. Nos casos em que o seguro for contratado por pessoa jurídica, este figurará exclusivamente como segundo Beneficiário para recebimento de eventual diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto.

4.3.3. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei e, na falta destes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.3.4. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriênciâa) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a reversão, com a distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

4.3.5. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer Comoriência.

4.3.5.1. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, nos termos da legislação aplicável.

4.3.6. O Segurado pode, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), mediante encaminhamento à Seguradora de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.

4.3.6.1. Qualquer alteração de Beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de protocolo da solicitação, devidamente assinada pelo Segurado, na Seguradora.

4.3.6.2. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de Beneficiário, devidamente assinada pelo Segurado, a Seguradora aplicará a distribuição do Capital Segurado conforme a indicação imediatamente anterior.

4.3.7. Em caso de indicação de Beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do Segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), a Indenização será paga conforme disposto na legislação aplicável.

4.3.8. Não será admitida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

4.3.9. Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, além do Segurado, o Beneficiário, para preservar os direitos decorrentes da Apólice/Certificado individual e evitar prejuízos desnecessários, deve avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo, e seguir suas instruções para a contenção ou o salvamento, sendo que o descumprimento doloso será causa para a perda total do direito à Indenização.

4.3.9.1. O descumprimento culposo dos deveres estabelecidos nessa cláusula pelo Beneficiário resulta na redução da Indenização em valor equivalente aos prejuízos efetivamente causados à Seguradora pela omissão ou negligência.

4.3.10. É vedado ao Beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao Sinistro, sendo que o descumprimento doloso dessa cláusula exonera a Seguradora do dever de indenizar.

4.3.10.1. O descumprimento culposo do dever previsto nesta cláusula implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

4.3.11. O Beneficiário é obrigado, ainda, a cumprir, no que couber, os demais deveres atribuídos aos Segurados nestas Condições Contratuais, incluindo, entre outros, o dever de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que solicitado pela Seguradora.

4.4. HIPÓTESES DE PERDA DE DIREITOS

4.4.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado ou Beneficiário perderá o direito a qualquer Indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas incorridas pela Seguradora, se:

- a) agravar intencionalmente e de forma relevante o Risco objeto da Apólice/Certificado individual de seguro;
- b) deixar de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice/Certificado individual e nestas Condições Contratuais;
- c) o Sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro. Nos casos de seguros contratados por pessoas jurídicas, esta previsão aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

d) o Segurado, seu representante legal, Estipulante ou Corretor de Seguros fizer declarações inexatas, ou omitir circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio.

d.1) Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento culposo do Segurado, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:

(i) Cancelar o seguro, se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, ficando o Segurado obrigado ao pagamento das despesas efetuadas pela Seguradora;

(ii) Permitir a continuidade do seguro, mediante redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas; ou

(iii) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível, desde que mediante acordo expresso e por escrito entre as partes, hipótese esta aplicável exclusivamente se a correção das informações ocorrer antes da ocorrência do sinistro.

d.2) Se a inexatidão ou omissão nas declarações resultar de descumprimento doloso do Segurado, importará em perda da garantia do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora.

e) o Segurado e/ou Credor/Beneficiário deixar dolosamente de comunicar à Seguradora, logo que saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar de forma relevante o Risco coberto.

e.1) Se se tratar de omissão culposa, a Seguradora, a seu exclusivo critério, poderá:

(i) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível; ou

(ii) cancelar a Apólice/Certificado individual se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de Risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, hipótese em que o seguro perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução; ou

(iii) nos casos de seguros sobre a vida e a integridade física, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível.

f) o Segurado praticar, por qualquer meio, ato de simulação, fraude ou má-fé;

g) o Segurado, por qualquer meio, procurar obter benefícios ilícitos do seguro a que se refere a Apólice;

h) o Segurado ou Beneficiário se recusar a apresentar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, para o correto esclarecimento do fato ocorrido;

i) o Segurado ou Beneficiário não tomar todas as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar os efeitos resultantes de um Sinistro;

j) o Segurado/Beneficiário deixar de comunicar à Seguradora a ocorrência de Sinistro ou expectativa de Sinistro, logo que o saiba, e deixar de seguir eventuais instruções da Seguradora para a contenção e salvamento; nessa e nas hipóteses previstas nas letras “g”, “h” e “i” deste item, o descumprimento culposo implicará a perda do direito à Indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

4.4.2. Esta cláusula deve ser interpretada em conjunto com as demais disposições destas Condições Contratuais, especialmente aquelas relativas a Embargos e Sanções (Item 3.4), Obrigações do Segurado (Item 4.1), Obrigações do Estipulante (Item 4.2), Beneficiários (Item 4.3), Sub-rogação de Direitos do Segurado à Seguradora (Item 4.5), Pagamento do Prêmio (Item 5.2) e Sinistro e Regulação (Item 6).

4.5. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS DO SEGURADO À SEGURADORA

4.5.1. Quando pagos, os capitais segurados devidos em razão de morte ou de perda da integridade física não implicam sub-rogação.

CLÁUSULA 5. PAGAMENTO DO SEGURO

5.1. CUSTEIO DO SEGURO

5.1.1. A forma de custeio do seguro será contributária, ou seja, aquele em que o Segurado paga integralmente o Prêmio do seguro.

5.2. PAGAMENTO DO PRÊMIO

5.2.1. O Prêmio poderá ser pago à vista ou parcelado, por meio de rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei e disponibilizadas pela Seguradora, conforme acordado entre as partes no momento da contratação e disposto na Apólice/Certificado individual de seguro.

5.2.1.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

5.2.1.1.1. Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança, seja do Prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, quando fracionado, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento, deverão ser solicitadas à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.

5.2.1.1.2. Quando o pagamento for na forma parcelada, poderá ser nas periodicidades: mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. A opção de periodicidade será conforme definida no Contrato de Seguro.

5.2.1.2. A data limite para o pagamento do Prêmio à vista, ou de sua primeira parcela, será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

5.2.1.3. Em caso de fracionamento do Prêmio, a data de vencimento da última parcela não ultrapassará o término de Vigência da Apólice.

5.2.1.4. Quando a data limite para o pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

5.2.1.4.1. Os pagamentos dos Prêmios obedecerão às disposições vigentes, não sendo admitida, sob qualquer hipótese, a sua compensação com Sinistros pendentes, renunciando expressamente o Estipulante a esta compensação, de acordo a lei aplicável.

5.2.1.5. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

5.2.1.6. No Prêmio fracionado, não haverá cobrança de qualquer valor adicional a título de custo administrativo, ressalvada, entretanto, a possibilidade de cobrança de encargos financeiros.

5.2.1.6.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.

5.2.1.7. Caso ocorra um Sinistro enquanto estiver em curso o prazo de pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele tenha sido efetuado, o direito à Indenização não ficará prejudicado.

5.2.1.7.1. Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento da Apólice, as parcelas vincendas do Prêmio deverão ser deduzidas do valor da Indenização, excluídos os juros do fracionamento.

5.2.1.8. Mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês de competência do risco, o Estipulante deverá enviar à Seguradora uma listagem de todos os Segurados por qualquer meio eletrônico disponibilizado para tal fim, com as informações necessárias para o cálculo do Prêmio, incluindo-se nome, gênero, CPF, data de nascimento e data de inclusão (conforme estrutura de arquivo de averbação mensal – Anexo I das Condições Contratuais). Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado, a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.

5.2.1.9. Será informado nas Condições Contratuais do seguro o valor mínimo para o faturamento mensal, independentemente da quantidade de Segurados.

5.2.1.10. Os Prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 5.4. REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas Condições Gerais.

5.2.1.11. Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

5.2.2. O inadimplemento relativo à prestação única ou à primeira parcela do Prêmio, até a data de seu vencimento, caracteriza, em qualquer hipótese, o não aperfeiçoamento da contratação do seguro, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

5.2.3. Fica vedado o cancelamento da Apólice/Certificado individual de seguro cujo Prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixe de pagar o financiamento.

5.2.4. No caso de fracionamento do Prêmio, se configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira:

5.2.4.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura ou Prêmio do seguro, a Cobertura será suspensa, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.

5.2.4.2. haverá cobrança de multa equivalente a 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez, e juros legais, nos termos do item 5.3.1. da Cláusula 5.3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS;

5.2.4.3. durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a Cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do Prêmio e, quando for o caso, o abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

5.2.4.3. a Seguradora enviará notificação ao Segurado, seu representante legal ou Estipulante:

- comunicando o atraso no pagamento do Prêmio e o prazo de Vigência ajustado;
- concedendo prazo de 15 (quinze) dias para purgação da mora, sob pena de suspensão da garantia contratual; e
- advertindo sobre a possibilidade de cancelamento da Apólice/Certificado individual, caso o inadimplemento persista por mais de 30 (trinta) dias após a suspensão ou 90 (noventa) dias nos casos de seguros coletivos sobre a vida e a integridade física.

5.2.5. Restabelecido o pagamento do Prêmio, acrescido dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de Vigência, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original da Apólice.

5.2.6. Findo o prazo de 90 (trinta) dias corridos, ou de 90 (noventa) dias, nos casos de seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, informado na notificação a que se refere a cláusula 5.2.4.3, a Apólice/Certificado individual será cancelada, nos termos da Cláusula 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO, independentemente de nova comunicação ou interpelação judicial ou extrajudicial, e a Seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do término do prazo de Vigência ajustado.

5.2.6.1. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, com a devida notificação do segurado para

purgação da mora em até 90 dias, o seguro será automaticamente cancelado.

5.2.7. Este plano está estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período. Portanto, não existe constituição de provisão matemática de benefícios a conceder ou reserva técnica em nome de cada Segurado, para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro, ou seja, não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

5.3. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

5.3.1. Não haverá atualização monetária para os valores do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.

5.3.2. Dado que os Capitais Segurados são estabelecidos a partir do valor da dívida do Segurado na data de ocorrência do evento gerador da Indenização, os Capitais Segurados e os Prêmios serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração do Saldo Devedor da Obrigaçāo assumida pelo Segurado.

5.3.3. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE, ou, no caso de sua extinção, o IGPM/FGV, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação.

5.3.4. O índice de juros aplicado será de 1% (um por cento) ao mês acrescido de atualização monetária pelo IPCA/IBGE).

5.3.5. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios, quando aplicável, far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Apólice/Certificado individual.

5.3.6. Para fins dessa cláusula, a data de exigibilidade será apurada conforme abaixo especificado:

- a) Na hipótese de cancelamento da Apólice/Certificado individual, a obrigação de devolver o Prêmio se materializará no dia do recebimento da solicitação de cancelamento da Apólice/Certificado individual ou na data de seu efetivo cancelamento, quando este fato ocorrer por iniciativa da Seguradora. Não sendo cumprido este prazo, os valores devidos serão atualizados monetariamente pela variação positiva do índice estabelecido nesta cláusula.
- b) No caso de recusa da Proposta, a devolução do Prêmio - integral ou deduzido da parcela *"pro rata temporis"* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória - será atualizada monetariamente a contar da data de recebimento do respectivo Prêmio, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias previsto na Cláusula 2.1. - ACEITAÇÃO/CONTRATAÇÃO. A aplicação de atualização monetária prevista nesta cláusula incidirá a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para devolução do Prêmio até a data da efetiva restituição pela Seguradora.
- c) No caso de recebimento indevido de Prêmio pela Seguradora, o valor será atualizado monetariamente a contar da data de recebimento.
- d) No caso de atraso no pagamento do Prêmio, o valor será atualizado monetariamente a partir da data de vencimento da parcela até a data do seu efetivo pagamento, sendo devidos, ainda, os encargos previstos na cláusula 5.2. PAGAMENTO DE PRÊMIO.

5.3.7. Na hipótese de descumprimento do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias corridos para o pagamento da Indenização securitária, contado da data em que o último documento pendente tiver sido entregue de forma adequada à Seguradora, haverá incidência de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, além de correção monetária e juros legais a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da Indenização. Nenhuma atualização da Indenização securitária será devida no caso de cumprimento do prazo previsto para o pagamento da

respectiva obrigação.

5.4. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

5.4.1. Na ocasião da renovação, a Seguradora reavaliará as condições e Prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

5.4.2. Anualmente, será efetuada a apuração de sinistralidade da Apólice (Sinistro dividido por Prêmio), e, caso o percentual seja superior ao definido no Contrato de Seguro, a Seguradora revisará as condições do negócio, e os ajustes serão efetuados de acordo com as condições descritas abaixo:

- 1º) Redução da comissão; e/ou por último
- 2º) Reajuste no valor do Prêmio.

5.4.3. Em caso de reavaliação de taxa, esta deverá ser realizada por Endosso à Apólice. A modificação da Apólice em vigor que implique em ônus aos Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

CLÁUSULA 6. SINISTRO E REGULAÇÃO

6.1. COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO

6.1.1. Ocorrendo um Sinistro, o Segurado, o Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro, deverá comunicar imediatamente a Seguradora, fornecendo, nessa oportunidade, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências. A comunicação deverá observar o disposto na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO e na Cláusula 4.3 – BENEFICIÁRIOS, bem como ser acompanhada dos documentos básicos previstos nesta cláusula e da documentação adicional prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

6.1.2. O Segurado, o Beneficiário ou o respectivo representante legal de um ou de outro deverá, ainda, cumprir integralmente os deveres previstos na Cláusula 4.1 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO e na Cláusula 4.3 – BENEFICIÁRIOS, nos termos ali estabelecidos. Dentre tais deveres no âmbito da regulação do sinistro, incluem-se:

- a) adotar providências necessárias e úteis para evitar ou reduzir os danos e preservar os bens não atingidos ou remanescentes do Sinistro;
- b) manter inalterado o local do Sinistro e os elementos a ele relacionados;
- c) comunicar, logo que o saiba, o Sinistro ou expectativa de sinistro, e apresentar tempestivamente documentos que comprovem sua causa, natureza e extensão, incluindo relação de bens, salvados, estimativa de prejuízos e terceiros envolvidos, se houver; e
- d) dar assistência à Seguradora e cooperar com a Regulação do Sinistro, fornecendo todas as informações e documentos solicitados, bem como autorizando a realização de vistorias, perícias ou outras diligências necessárias para apuração da causa e extensão dos danos.

6.1.2.1. O descumprimento dos deveres previstos nesta cláusula 6.1.2 poderá acarretar as seguintes consequências, conforme o grau de culpabilidade da conduta envolvida e a natureza da infração:

- a) Se o descumprimento for doloso, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento da indenização securitária e de quaisquer valores a ela relacionados, independentemente do prejuízo apurado, sem prejuízo do direito à cobrança do prêmio eventualmente devido e ao resarcimento das despesas em que tiver incorrido;
- b) Se o descumprimento for culposo, ocorrerá a perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

c) No caso específico de alteração do local do Sinistro ou de quaisquer elementos a ele relacionados, o descumprimento culposo sujeitará o Segurado ao pagamento das despesas adicionais de regulação e liquidação do sinistro, enquanto o descumprimento doloso exonerará integralmente a Seguradora do dever de indenizar.

6.1.3. O Segurado, o Beneficiário ou o representante legal de um ou de outro deverá fornecer à Seguradora os documentos básicos necessários à Regulação do sinistro, conforme a **documentação prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s)**.

6.1.3.1. Os documentos deverão ser apresentados de forma individualizada, em cópias legíveis, e com identificação precisa de seu conteúdo por meio de título ou nome do arquivo correspondente. Somente serão considerados recebidos e aptos à análise aqueles documentos entregues em conformidade com estes requisitos formais.

6.1.4. Caso a documentação apresentada no Aviso de sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do sinistro.

6.1.5. Na ausência de médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6.1.5.1. Não será aceito, para fins do pagamento do Capital Segurado, relatório emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.

6.1.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares, ainda que não previstos entre os documentos básicos dispostos na cláusula 6.1.3.

6.1.6.1. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por no máximo 2 (duas) vezes, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

6.1.6.2. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

6.1.6.3. Nos sinistros relacionados a seguros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez.

6.1.6.4. A não entrega dos documentos solicitados em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da regulação do sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

6.1.7. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o aviso do Sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da Obrigaçāo de pagar qualquer Capital Segurado. A Seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o Sinistro, sem prejuízo do pagamento da Indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

6.2. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.2.1. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário, ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações a que se refere a Cláusula 6.1.3.1, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta)

a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice/Certificado individual, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

6.2.2. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação e a liquidação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos previstos na Apólice e daqueles necessários para prova da identificação e legitimidade do interessado, além de outros documentos ordinariamente em poder do interessado.

6.2.3. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

6.2.4. Encerrada a Regulação do sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) dias previsto nesta Cláusula.

6.2.4.1. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

6.2.4.2. Em todo caso, na justificativa para não pagamento da indenização a seguradora não entregará documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos por lei ou que possam causar danos a terceiros.

6.2.5. Sempre que possível, a Regulação e a liquidação do Sinistro serão realizadas simultaneamente. Nesta hipótese, apurada a ocorrência do Sinistro coberto e de quantias parciais comprovadas a pagar, a Seguradora poderá efetuar os respectivos adiantamentos, concluindo a liquidação no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento do último documento para comprovação de eventuais valores parciais incorridos.

6.2.6. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora indenizará o montante dos prejuízos regularmente apurados, deduzida a Franquia e/ou Participação Obrigatória do Segurado estipulada na Apólice/Certificado individual, se o caso, respeitado o Capital Segurado contratado para cada cobertura, obedecendo-se aos critérios de cálculo de indenização indicados nestas Condições Contratuais. A indenização, em qualquer hipótese, não poderá exceder o valor da garantia, ainda que o valor do interesse lhe seja superior.

6.2.6.1. Na ocorrência de Sinistro, caso o valor da Obrigaçāo financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado.

6.2.6.2. O valor a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do Evento Coberto, conforme disposto nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.

6.2.6.3. O pagamento da Indenização cancelará automaticamente o Certificado Individual.

6.2.7. O segurado deverá apresentar à Seguradora, na forma do disposto na Cláusula 4.1 - OBRIGAÇĀES DO SEGURADO, todos os documentos para a quantificação dos valores devidos previstos no Item 6.1 – COMUNICAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO DO SINISTRO e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

6.2.7.1. Os documentos apresentados para fins de Regulação do Sinistro serão utilizados pela Seguradora para a liquidação do sinistro, salvo necessidade de informação complementar devidamente justificada.

6.2.8. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do Evento Coberto.

6.2.9. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do Evento Coberto.

6.2.9.1. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.

6.2.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da invalidez ou incapacidade física do Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

6.2.10.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

6.2.10.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

6.2.10.3. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.

6.2.11. A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.

6.2.12. O Segurado ou Estipulante, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares, observados os termos da Cláusula 7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.

6.2.13. Uma vez cumprida pelo Segurado a obrigação de fornecer todos os documentos e informações necessários, realizada a regulação, reconhecida a cobertura e fixada a Indenização devida, a Seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias corridos, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

6.2.13.1. O não pagamento da Indenização no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias corridos ensejará a aplicação de juros legais, bem como atualização monetária e multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, conforme disposto na Cláusula 5.3. – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

6.2.14. Se, após o pagamento da Indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descharacterize o direito do Segurado ou Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

6.2.14.1. A seguradora não responderá pelos efeitos manifestados durante a vigência da Apólice/Certificado individual quando decorrentes de sinistro anterior.

6.2.15. Em qualquer caso, independentemente do valor dos prejuízos, a Indenização não poderá ultrapassar o Capital Segurado por cobertura, nem o Limite Máximo de Garantia fixados na Apólice/Certificado individual.

6.2.16. Se após a Regulação do Sinistro, for identificado que a dívida ou compromisso assumido pelo Segurado, já tenha sido quitada ou amortizada antes da comunicação do Sinistro à Seguradora o Segurado ou terceiro poderá ser reembolsado pela Seguradora, desde que apresente a documentação original que comprove a quitação ou amortização da dívida contraída pelo Segurado diretamente ao Credor, nas seguintes situações:

- a) Quando o Credor não conseguir apresentar boleto com vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis contados da data da sua entrega na Seguradora e não indicar outro meio para pagamento da Indenização; e
- b) Quando o Segurado ou terceiro quitar ou amortizar a dívida ou o compromisso assumido junto ao Credor antes de avisar o Sinistro.

CLÁUSULA 7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

7.1.1. O Segurado, seu representante legal e demais envolvidos na Apólice/Certificado individual, como Beneficiários, Cônjuges e/ou Tomadores (denominados, individual ou conjuntamente, “Cliente”), reconhecem e concordam que, ao fornecerem seus dados pessoais para a contratação deste seguro, tais dados poderão ser tratados pela Seguradora para as seguintes finalidades:

- a) fornecer cotações, informações e condições relacionadas à contratação dos serviços da Seguradora;
- b) analisar o risco e concluir a contratação do seguro;
- c) executar as obrigações decorrentes do contrato, como o pagamento de indenizações, prestação de serviços de assistência e demais coberturas previstas na Apólice/Certificado individual;
- d) prevenir e combater fraudes;
- e) transmitir informações relacionadas ao andamento de solicitações ou serviços contratados, como abertura e acompanhamento de sinistros, endossos, cancelamentos, entre outros;
- f) ofertar novos produtos e serviços compatíveis com o perfil do Cliente, inclusive por meio de comunicações automatizadas, respeitado o direito de oposição ou descadastramento;
- g) avaliar o desempenho dos serviços prestados, realizar pesquisas, análises estatísticas e desenvolver ou aperfeiçoar produtos e soluções;
- h) realizar ações de marketing e publicidade em plataformas digitais, incluindo redes sociais, respeitadas as configurações de privacidade definidas pelo titular;
- i) tratar dados coletados automaticamente por meio de cookies ou tecnologias similares, nos termos da legislação aplicável e da política de cookies da Seguradora.
- j) avaliação, pesquisa, inovação e melhoria contínua dos serviços prestados.

7.1.2. O tratamento de dados poderá incluir dados pessoais sensíveis, nos termos da legislação aplicável, e será realizado diretamente pela Seguradora ou por terceiros contratados para apoio à execução da Apólice/Certificado individual, tais como:

- a) prestadores de assistência;
- b) reguladores de sinistros;
- c) resseguradoras;
- d) corretoras;
- e) estipulantes;
- f) prestadores de serviços de telemedicina e *call center*, entre outros.

7.1.3. Durante o processo de regulação de sinistros, o Cliente poderá ser solicitado a fornecer informações complementares, inclusive dados sensíveis, que serão tratados pela Seguradora de forma proporcional e adequada à finalidade de verificar o direito à indenização, conforme as hipóteses legais previstas na legislação vigente.

7.1.4. O Cliente poderá, a qualquer tempo e sem custo, exercer os direitos previstos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, por meio de requerimento expresso, incluindo:

- a) confirmação da existência de tratamento;
- b) acesso aos dados pessoais;
- c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;
- d) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com a legislação;
- e) portabilidade dos dados, observadas as normas aplicáveis;
- f) informação sobre compartilhamento de dados com terceiros;

- g) oposição ao tratamento realizado com fundamento em legítimo interesse;
- h) retirada do consentimento, quando aplicável, e informação sobre as consequências dessa retirada;
- i) revisão de decisões tomadas unicamente com base em tratamento automatizado de dados pessoais.

7.1.5. Para o exercício de tais direitos ou para esclarecimentos adicionais, o Cliente deverá entrar em contato com o Encarregado de Proteção de Dados da Seguradora, por meio do sítio eletrônico: <https://politica.mapfre.com.br/#/politica-privacidade>.

7.1.6. A Seguradora declara que não comercializa dados pessoais de seus Clientes e assegura que o tratamento dos dados será realizado em conformidade com a legislação aplicável e com as boas práticas de segurança da informação. A Política de Privacidade da Seguradora poderá ser consultada em seu site oficial ou solicitada por meio do canal indicado na cláusula anterior.

7.2. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

7.2.1. A publicidade e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante e/ou do Corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Contratuais e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

7.2.2. A divulgação do Seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

7.2.3. A Seguradora poderá exigir a imediata suspensão, correção ou retirada de qualquer material que não esteja em acordo com as normas legais, contratuais ou que possa prejudicar sua imagem, estando o respectivo interveniente obrigado a atender tais determinações. O não atendimento poderá levar à aplicação do disposto no item 7.2.2.

7.3. PRESCRIÇÃO

7.3.1. A prescrição, ressalvados outros eventuais prazos legais específicos aplicáveis ao caso concreto, será de:

7.3.1.1. Um ano, contado da ciência da recepção da recusa da Seguradora, para a pretensão do Segurado em exigir Indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de Prêmio em seu favor.

7.3.1.2. Três anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, para a pretensão dos Beneficiários ou Terceiros prejudicados exigirem da Seguradora Indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

7.3.1.3. Um ano, contado da ciência do respectivo fato gerador, para a pretensão da Seguradora para a cobrança do prêmio ou qualquer outra pretensão contra o Segurado e o Estipulante do seguro.

7.3.2. A prescrição da pretensão relativa ao recebimento de indenização ou capital Segurado será suspensa uma única vez, quando a Seguradora receber pedido de reconsideração da recusa de pagamento.

7.3.2.1. Cessa a suspensão no dia em que o interessado for comunicado pela Seguradora de sua decisão final.

7.4. FORO

7.4.1. O foro competente para as ações de seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, resguardado o disposto na legislação em vigor.

7.5. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.5.1. Este documento reúne as Condições Contratuais do Seguro Prestamista Consórcio – Capital Segurado Vinculado da Mapfre Seguros, definindo as regras da Apólice/Certificado individual, as coberturas contratadas e os direitos e

deveres das partes envolvidas. Todas as situações relacionadas a este seguro serão analisadas com base nestas Condições Contratuais.

7.5.2. Apenas as coberturas expressamente contratadas e indicadas na Apólice/Certificado Individual são aplicáveis ao seguro. Recomenda-se ao Segurado concentrar a leitura nas cláusulas referentes às garantias efetivamente contratadas.

7.5.3. **Ao contratar o seguro, o Segurado declara ter conhecimento e concordar com as cláusulas que estabelecem deveres, exclusões e limitações à cobertura, destacadas em negrito neste documento.**

7.5.4. **Todas as comunicações entre o Segurado, o Estipulante e a Seguradora deverão ser realizadas pelos canais oficiais de atendimento indicados nestas Condições Contratuais.**

7.5.5. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

7.5.6. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

7.5.7. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

7.5.8. As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número do processo constante da Apólice/Certificado individual ou na Proposta e poderão ser consultadas no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

7.5.9. As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

7.5.10. Este contrato será regido pela legislação e pela regulação vigentes à época de sua contratação ou renovação, aplicáveis aos contratos de seguro no Brasil, as quais prevalecerão em quaisquer casos omissos, respeitada, sempre que possível, a liberdade das partes para estipular sobre matérias não disciplinadas de forma expressa e específica por normas imperativas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS BÁSICAS DO SEGURO

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte natural ou acidental do Segurado, devendo este último ser em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto, durante a Vigência do Seguro, observados os riscos expressamente excluídos e as demais Condições Contratuais.
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a Cobertura básica de Invalidez Permanente e Total por Acidente – IPTA.

2. EXCLUSÕES

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura, os eventos descritos como exclusões gerais constantes na Cláusula 3.2. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, além dos riscos excluídos do conceito de acidente pessoal conforme indicado na Cláusula 1.2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao Valor Máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pela Apólice/Certificado individual vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 3.3. Caso haja pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do Sinistro, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data de falecimento do Segurado, conforme Certidão de Óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. RESCISÃO E CANCELAMENTO

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
- c) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura em caso de morte do primeiro sócio, ou titular, ou instituidor, ou administrador ou empresário Segurado.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural deverá estar preenchido e assinado pelo médico;
- b) Cópia da certidão e de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmado o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver; e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;

- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizado no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – pessoa física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico de atendimento, tratamentos, exames, laudos e as causas da morte do Segurado;
- o) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- p) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas; e

7.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
- Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independentemente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
- Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) Se Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo de parentesco;
- d) Se Cônjuge: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de Companheiro(a): enviar Escritura Declaratória de União Estável firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do(a) Segurado(a);
- f) No caso de Segurado separado judicialmente ou divorciado: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) Se Pais: Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e

h) Se Irmãos: Certidão de Nascimento ou Casamento deste, caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou Impotência Funcional definitiva e total de membro ou órgão em decorrência de lesão física causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, especificado na Cláusula 1.2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda de direito e demais Condições Contratuais.

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.

1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a Cobertura básica de Morte – M.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2.1. DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:

IMPOTÊNCIA FUNCIONAL: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.

REDUÇÃO FUNCIONAL: alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

3. COBERTURAS CONTRATADAS

3.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou Impotência Funcional definitiva, total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 3.6 abaixo, a ser pago em virtude de lesão física causada, exclusivamente em decorrência de Acidente Pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

3.2. No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), de uma só vez, uma Indenização de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, de acordo com a Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, descrita no item 3.6 desta cláusula.

3.3. Quando de um mesmo Acidente Pessoal coberto resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a

Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado. Da mesma forma, havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da Indenização prevista para sua perda total.

3.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.

3.5. As Indenizações pelas Coberturas básicas de Morte – M e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por IPTA, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a Indenização relativa à Morte, deduzido o valor já pago pela IPTA.

3.6. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta Condição Especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos Perda total do uso de ambos os membros superiores Perda total do uso de ambos os membros inferiores Perda total do uso de ambas as mãos Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés Perda total de uso de ambos os pés Alienação mental total e incurável Nefrectomia bilateral	100

3.7. A Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, mesmo que do mesmo Acidente Pessoal coberto tenha resultado mais de uma situação prevista na tabela acima.

4. EXCLUSÕES

3.4. Além dos riscos excluídos mencionados na cláusula 4 – riscos excluídos das condições gerais e dos riscos excluídos do conceito de acidente pessoal conforme indicado na cláusula 2 – definições das condições gerais, estão também excluídos desta cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta e/ou relacionados a:

- a) Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto;
- b) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- c) Os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- d) Os erros médicos;
- e) Problemas auditivos e outros;
- f) Envenenamentos, exceto escapamento acidental de gases e vapores;
- g) Tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;

- h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- i) Perturbações mentais, nervosas e emocionais;
- j) Todo e qualquer dano e/ou sequela causados pela doença conhecida como acidente vascular cerebral – AVC;
- k) Viagens em aeronaves ou embarcações: i) que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação; ii) dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou iii) que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
- l) Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente pessoal coberto; e
- m) Qualquer perda, redução, impotência permanente ou total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

3.5. Não haverá indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de invalidez permanente total por acidente pessoal, nos termos destas condições especiais.

3.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente pessoal não dá direito à indenização total. 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.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.

5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do Sinistro, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal coberto.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. RESCISÃO E CANCELAMENTO

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- b) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente a invalidez caracterizada apenas com um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurados; e
- c) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural do Segurado, deverá ser preenchido e assinado pelo médico;
- b) Cópia da certidão e declaração de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – pessoa física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- o) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- p) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o Segurado ou a pessoa que sofreu o Sinistro, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual; e
- q) Original do exame de raio-X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

9.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independentemente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante

em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:

- Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) Se Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; e alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
- d) Se Cônjuge: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de Companheiro(a): enviar Escritura Declaratória de União Estável firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do(a) Segurado(a);
- f) No caso de Segurado separado judicialmente ou divorciado: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) Se Pais: Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e
- h) Se Irmãos: Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

CONDIÇÕES ESPECIAIS - COBERTURAS ADICIONAIS DO SEGURO

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – PRIFT-A

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio adicional, o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), em caso de perda de renda por Incapacidade Física Temporária, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto, desde que enquadrado no perfil indicado na Cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observado o período de Carência e Franquia, os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de casos de EXCLUSÕES GERAIS ou de PERDA DE DIREITOS previstos nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 1.2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica a esta Cobertura, a seguinte definição:

INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer sua profissão, em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico.

3. ELEGIBILIDADE

3.1. Serão elegíveis à contratação desta Cobertura, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados na Cláusula 11.1.1. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta Condição Especial, que comprovarem possuir vínculo com o Estipulante, tenham idade mínima de 18 (dezesseis) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.2. Após um evento de Incapacidade Física Temporária por acidente em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação dessa Cobertura novamente após o período de 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3.3. Não serão elegíveis os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3.4. É vedada a contratação desta Cobertura por pessoa jurídica.

4. EXCLUSÕES

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 3.2 EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais e dos riscos excluídos do conceito de acidente pessoal coberto conforme indicado na Cláusula 1.2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta e/ou relacionados a:

- A) Incapacidades, doenças, 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, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- B) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- C) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- D) Cirurgias plásticas (estética ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- E) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora;
- F) Procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;

- G) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- H) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela Apólice/Certificado individual de seguro vigente;
- I) Lesões causadas por esforços repetitivos – ler e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – dor;
- J) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida – sida/aids;
- K) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- L) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras;
- M) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- N) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- O) Tratamentos odontológico e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro; e
- P) Proponente pessoa jurídica.

4.1.1. Também estão excluídos desta cobertura os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os limites de Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante, conforme Condições Contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

5.2. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta Cobertura considera-se como data do Sinistro, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade física total e temporária indicada no Relatório Médico.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência para esta Cobertura será de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início da Vigência do Seguro, e será especificado nas Condições Contratuais da Apólice/Certificado individual.

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia para esta Cobertura poderá ser, de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do Evento Coberto, conforme especificado nas Condições Contratuais da Apólice/Certificado individual.

10. RESCISÃO E CANCELAMENTO

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da Apólice/Certificado individual à qual está vinculada; e
- b) A pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência contados do aniversário da Apólice/Certificado individual.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural do Segurado, deverá ser preenchido e assinado pelo médico;
- b) Cópia da Certidão e Declaração de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário

Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;

- o) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- p) Relatório Médico, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período;
- q) Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência do Evento Coberto;
- r) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - i. Última declaração do Imposto de Renda;
 - ii. Recibo de pagamento autônomo;
 - iii. Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - iv. Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do Evento Coberto, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
 - v. Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do Sinistro; e
- s) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor.

11.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independentemente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles:
 - a) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
 - b) Se Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
 - c) Se Cônjuge: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
 - d) Em caso de Companheiro(a): enviar Escritura Declaratória de União Estável firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do Segurado;
 - e) No caso de Segurado separado judicialmente ou divorciado: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
 - f) Se Pais: Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e

- g) Se Irmãos: Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

12. ACUMULAÇÃO DE CERTIFICADOS INDIVIDUAIS

12.1. Se o Segurado tiver mais de um seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente para pagar o mesmo compromisso financeiro, com o mesmo Estipulante, a seguradora considerará válido apenas o Seguro emitido primeiro (mais antigo).

12.2. Caso o Segurado tenha pago o Prêmio duas vezes para a mesma cobertura, a Seguradora devolverá o valor pago em duplicidade.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PRDI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do Prêmio adicional, o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de perda de renda por Desemprego Involuntário do Segurado, desde que enquadrado no perfil indicado na Cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observado o período de Carência e Franquia, os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.

1.2. Não haverá Cobertura, se o evento resultar de casos de EXCLUSÕES GERAIS ou de PERDA DE DIREITOS previstos nas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 1.2. DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica a esta Cobertura a seguinte definição:

DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO: perda do emprego remunerado e formal (registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS) do Segurado, em razão dele ter sido demitido pelo seu empregador sem justa causa.

3. ELEGIBILIDADE

3.1. Serão elegíveis à contratação desta Cobertura e recebimento da Indenização:

- todas as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício sujeito exclusivamente ao regime da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho com o Estipulante;
- tenham idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro,
- seja comprovado um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento e a atividade exercida possa ser comprovada através dos documentos relacionados na Cláusula 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

3.2. Desta forma, são inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e

definição indicados no seu objeto, especialmente os:

- a) Profissionais liberais, assim entendidos aqueles que exerçam profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística, sem vínculo empregatício;
- b) Profissionais autônomos, assim entendidos aqueles que exerçam sua atividade profissional sem vínculo empregatício;
- c) Empresários individuais, rurais ou sócios e/ou participantes de conselhos de administração de sociedade empresária, conforme definição prevista na legislação civil e comercial em vigor;
- d) Funcionários públicos temporários ou que tenham cargo/mandato de eleição pública, assessores e outros nomeados cujos contratos de trabalho não estiverem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e/ou por estatuto (lei) específico; e
- e) Proponente Pessoa Jurídica.

3.3. Após um evento de Desemprego Involuntário em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação novamente desta Cobertura, após a comprovação do período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto, para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

3.4. Para recebimento da Indenização, além dos requisitos descritos acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de dias correspondente à Franquia prevista para esta Cobertura, conforme Cláusula 9 – FRANQUIA, desta Condição Especial.

3.5. É vedada a contratação desta Cobertura por pessoa jurídica.

4. EXCLUSÕES

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 3.2 EXCLUSÕES GERAIS das Condições Gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta e/ou relacionados a:

- A) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- B) Demissão por justa causa do segurado;
- C) Jubilação, pensão ou aposentadoria do segurado;
- D) Adesão pelo segurado a programas de demissão voluntária – PDV, incentivados pelo empregador do segurado ou aposentadoria por tempo de serviço (facultativa ou compulsória) do segurado;
- E) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- F) Perda de emprego resultante de falência, recuperação judicial ou extrajudicial do empregador do segurado;
- G) Campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitem mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- H) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- I) Extinção automática ou término de contrato de trabalho, quando o contrato do segurado tiver prazo determinado (também chamado de “contrato a termo”);
- J) Dispensa com imediata admissão em empresa, seja ela pertencente ou não ao mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista da empresa que realizou a demissão sem justa causa do segurado;
- K) Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto na CLT;
- L) Segurados não considerados elegíveis à indenização, conforme a cláusula 3 – elegibilidade, desta condição especial;
- M) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira

profissional;

N) Militares que sejam exonerados de suas funções; e

O) Proponente pessoa jurídica.

4.1.1. Também estão excluídos desta cobertura adicional aqueles 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.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os limites de Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante conforme Condições Contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.

5.2. A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas na contratação do seguro e indicadas no Certificado Individual.

5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice/Certificado individual.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta Cobertura considera-se como data do Sinistro, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do desligamento do Segurado, comprovado mediante apresentação de cópia da Carteira Profissional e Previdência Social – CTPS e de Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. CARÊNCIA

8.1. O período de Carência para esta Cobertura será de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados da data do início de Vigência do Seguro, e será especificado no Certificado Individual do Segurado.

9. FRANQUIA

9.1. O período de Franquia para esta Cobertura será de, no máximo, 31 (trinta e um) dias ininterruptos, a contar do desligamento do Segurado junto ao empregador, e estará especificado no Certificado Individual do Segurado.

10. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 2.7. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL e 2.8. RESCISÃO E CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da Apólice/Certificado individual à qual está vinculada;
- b) A pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência contados do aniversário da Apólice/Certificado individual;
- c) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura; e
- d) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural do Segurado deverá ser preenchido e assinado pelo médico;
- b) Cópia da Certidão e Declaração de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo da Polícia Técnica e/ou Laudo do Instituto de Criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico de atendimento, tratamentos e as causas da morte do Segurado;
- o) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- p) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- q) Cópia das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão (do último contrato de trabalho) e dispensa e página posterior em branco e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver. A autenticação deverá ocorrer após o período de Franquia, descrito na Cláusula 9 – FRANQUIA, desta Condição Especial e estabelecido no contrato;
- r) Para o recebimento da primeira Indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de Franquia, descrito na Cláusula 9 – FRANQUIA, desta Condição Especial e definido no Certificado Individual do seguro;
- s) Cópia do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado no TRT ou Sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;

- t) Cópia da Comunicação de Dispensa para o Seguro Desemprego, se houver;
- u) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), com a indicação da forma de pagamento da Indenização;
- v) Quando o Credor optar pelo boleto como forma de recebimento da Indenização, o boleto deverá ser emitido com o prazo de vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis, contados da data do recebimento deste documento pela Seguradora;
- w) Cópia do documento comprovando a dívida ou o compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- x) Cópia de Ficha de Registro de Empregado; e
- y) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário.

11.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independentemente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) Se Filhos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
- d) Se Cônjuge: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) Em caso de Companheiro(a): enviar Escritura Declaratória de União Estável firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do Segurado;
- f) No caso de Segurado separado judicialmente ou divorciado: Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) Se Pais: Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e
- h) Se Irmãos: Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

11.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada no Contrato de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de Indenização.

12. ACUMULAÇÃO DE CERTIFICADOS INDIVIDUAIS

12.1. Se o Segurado tiver mais de um seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário para pagar o mesmo compromisso financeiro, com o mesmo Estipulante, a seguradora considerará válido apenas o Seguro emitido primeiro (mais antigo).

12.2. Caso o Segurado tenha pagado o Prêmio duas vezes para a mesma cobertura, a Seguradora devolverá o valor pago em duplicidade.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as Condições Gerais, exceto nas disposições que conflitarem com as presentes Condições Especiais, hipótese em que estas prevalecerão sobre aquelas.



A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE. Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.