

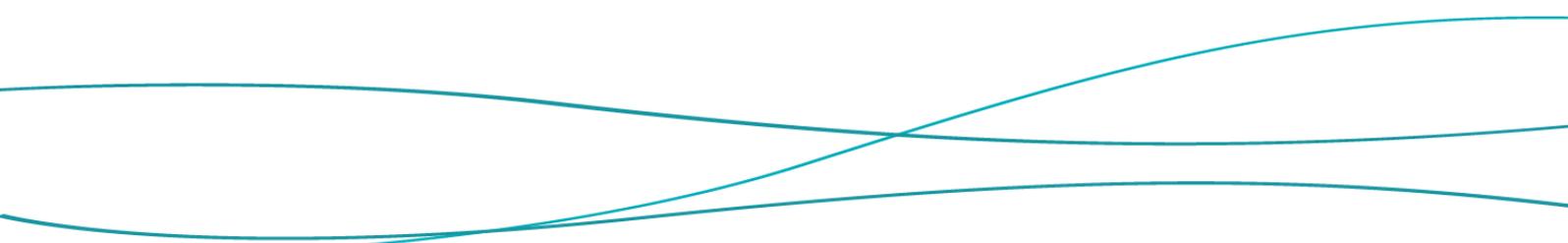
## CONDIÇÕES GERAIS

# SABEMI SEGURADORA S.A.

## SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO (CAPITAL FIXO)

CG20210816TM

Outubro/2021



## Sumário

|    |   |    |
|----|---|----|
| 1  | Disposições Iniciais.....   | 1  |
| 2  | Objetivo do Seguro.....   | 1  |
| 3  | Definições.....   | 1  |
| 4  | Coberturas do Seguro.....   | 5  |
| 5  | Elegibilidade.....  | 9  |
| 6  | Riscos Excluídos.....   | 10 |
| 7  | Âmbito Geográfico da Cobertura.....                               | 13 |
| 8  | Carências.....  | 13 |
| 9  | Franquias.....  | 14 |
| 10 | Adesão.....   | 14 |
| 11 | Capital Segurado.....   | 15 |
| 12 | Atualização das Obrigações Pecuniárias e Encargos Moratórios..... | 16 |
| 13 | Reintegração do Capital Segurado.....                             | 16 |
| 14 | Aceitação.....  | 16 |
| 15 | Inclusão de Segurados.....  | 17 |
| 16 | Aceitação e Contratação Por Meios Remotos.....                    | 17 |
| 17 | Vigência e Renovação do Seguro.....                               | 18 |
| 18 | Certificado Individual.....                                       | 19 |
| 19 | Custeio do Seguro.....  | 19 |
| 20 | Prêmio de Seguro.....   | 19 |
| 21 | Pagamento do Prêmio de Seguro.....                                | 19 |
| 22 | Cessação da Cobertura de cada Segurado.....                       | 20 |
| 23 | Suspensão e Cancelamento do Seguro.....                           | 21 |
| 24 | Rescisão Contratual.....  | 21 |
| 25 | Procedimento em caso de Sinistro.....                             | 21 |
| 26 | Pagamento de Sinistros.....                                       | 24 |
| 27 | Perda de Direitos.....  | 25 |
| 28 | Beneficiários.....  | 26 |
| 29 | Prescrição.....   | 26 |
| 30 | Distribuição de Excedente Técnico.....                            | 26 |
| 31 | Alteração Contratual em Planos Coletivos.....                     | 27 |

|    |                              |    |
|----|------------------------------|----|
| 32 | Material de Divulgação ..... | 28 |
| 33 | Sub-rogação.....             | 28 |
| 34 | Tributos .....               | 28 |
| 35 | Foro .....                   | 28 |

## Condições Gerais

### Seguro Prestamista Coletivo (Capital Fixo)

#### 1 Disposições Iniciais

- 1.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 1.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 1.4 Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos das presentes condições gerais.

#### 2 Objetivo do Seguro

- 2.1 Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo devedor junto ao credor, no caso de ocorrência de sinistro coberto até o limite do capital segurado coberto e que esteja de acordo com as disposições estabelecidas nas presentes condições gerais.

#### 3 Definições

- 3.1 **Acidente Pessoal:** O 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:

##### 3.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

##### 3.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

- 3.2 Apólice:** É o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva);
- 3.3 Beneficiário(s):** É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) a quem (às quais) deve ser paga a indenização na hipótese de ocorrência do sinistro. O primeiro beneficiário é o Credor, devendo a diferença entre o saldo obrigação e o capital segurado, quando for o caso, ser paga ao segundo beneficiário designado pelo Segurado.
- 3.4 Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice/certificado, vigente na data do evento.
- 3.5 Capital Segurado Fixo:** quando o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.
- 3.6 Carência:** É o período, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, **durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os seus beneficiários não terão direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is).**
- 3.7 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.
- 3.8 Condições contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro;
- 3.9 Contrato de Trabalho por Prazo Determinado:** contrato de trabalho que tem datas de início e término antecipadamente combinadas entre o trabalhador e o empregador.
- 3.10 Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado, beneficiário(s) e do Estipulante deste seguro.

- 3.11 Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 3.12 Credor:** Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 3.13 Documentos contratuais:** a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro;
- 3.14 Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- 3.15 Doença ou Lesões Preexistentes:** São as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.
- 3.16 Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.
- 3.17 Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- 3.18 Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado Individual, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que ocorrer durante o período da franquia.
- 3.19 Grupo Segurável:** É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 3.20 Grupo Segurado:** É constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 3.21 Indenização:** É o valor devido pela Seguradora ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- 3.22 Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 3.23 Instituição Financeira:** Para fins deste seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física segurada de uma apólice do seguro de proteção financeira, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito, e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no contrato do seguro.
- 3.24 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.

- 3.25 Período de cobertura:** É o período durante o qual o Segurado fará jus as coberturas do seguro, mediante o pagamento do respectivo prêmio, a contar do início de vigência.
- 3.26 Prêmio:** Valor correspondente a cada um dos pagamentos, que o Segurado e/ou o Estipulante paga(m) à Seguradora, destinados ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 3.27 Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- 3.28 Proposta de Adesão:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.
- 3.29 Proposta de Contratação:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente Estipulante pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma garantia, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 3.30 Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais que não serão cobertos pelo seguro.
- 3.31 Rescisão do Contrato de Trabalho:** encerramento de contrato de trabalho de empregados celetistas.
- 3.32 Rescisão do Contrato de Trabalho a Pedido:** rompimento do contrato de trabalho por iniciativa do empregado, sem qualquer motivo que caracterize a justa causa para a demissão.
- 3.33 Rescisão do Contrato de Trabalho por Justa Causa:** trabalhador que tem seu contrato de trabalho encerrado por iniciativa do estabelecimento empregador, a partir de algum fato comprovadamente provocado pelo empregado que motive sua dispensa.
- 3.34 Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte:** trabalhador desligado do estabelecimento por falecimento.
- 3.35 Segurado:** Pessoa física proponente sobre a qual se procederá a avaliação do risco e, se efetivamente aceito pela Seguradora, se estabelecerá o Seguro.
- 3.36 Seguradora:** É a Sabemi Seguradora legalmente constituída e autorizada pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP a operar no País, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- 3.37 Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais contrato, caso se produza o evento coberto.
- 3.38 Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 3.39 Subestipulante:** É a pessoa jurídica que participa da contratação do plano coletivo, que possui vínculo com o Estipulante, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.
- 3.40 Vigência:** é o intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

## 4 Coberturas do Seguro

As coberturas passíveis de contratação são:

### 4.1 MORTE POR QUALQUER CAUSA (MQC):

- 4.1.1** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado, destinado a amortizar a obrigação assumida com o Credor, em caso de morte natural ou acidental do segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

### 4.2 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA):

- 4.2.1** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado, destinado a amortizar a obrigação assumida com o Credor, caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

- 4.2.2** Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:

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

- 4.2.3** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente total, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com o estabelecido no certificado.

- 4.2.4** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total causada por acidente.

- a) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura.**

- 4.2.5** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

**4.2.6** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

**4.2.7** No caso de pagamento da indenização decorrente de Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será cancelado, e segurado será automaticamente excluído da apólice. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento da Indenização serão devolvidos, atualizados monetariamente.

- a) Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Contratuais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.

### **4.3 COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD – Autônoma):**

**4.3.1** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado, destinado a amortizar a obrigação assumida com o Credor, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, caracterizando a perda da existência independente do segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

**4.3.2** A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

**4.3.3** Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
  - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
  - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - g) Deficiência visual, decorrente de doença:
    - g.1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - g.2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - g.3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
    - g.4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
  - h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
  - i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
    - i.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
    - i.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
    - i.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 4.3.4** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma indenização.
- 4.3.5** A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença, deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 4.3.3.
- 4.3.6** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Funcional Permanente Total causada por Doença.
- 4.3.7** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença de que trata essa cobertura.

- 4.3.8** A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.
- 4.3.9** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 4.3.10** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.
- 4.3.11** No caso de pagamento da indenização decorrente de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro será cancelado, e o segurado será automaticamente excluído da apólice. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento da Indenização serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- a)** Não sendo comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Contratuais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.
- 4.3.12** Caso reconhecida a invalidez funcional, pela seguradora, a indenização será paga conforme estabelecido no contrato de seguro.

#### **4.4 COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO:**

- 4.4.1** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Desemprego Involuntário, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, sendo a forma de pagamento e o capital segurado definidos no Certificado Individual.
- 4.4.2** Para fins deste seguro entende-se como perda involuntária de emprego o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, **desde que a demissão não tenha sido por justa causa**, ficando sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para algum empregador.

#### **4.5 COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA:**

- 4.5.1** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária decorrente de acidente ou doença, que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período determinado, superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e o capital segurado definidos no Certificado Individual.
- 4.5.2** O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.
- 4.6** As coberturas adicionais (Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária) não poderão ser contratadas isoladamente, sendo necessária a contratação da cobertura básica de Morte em conjunto com qual quer uma das coberturas adicionais.
- 4.7** A Cobertura adicional de invalidez funcional permanente total por doença somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura adicional de invalidez permanente total por acidente.
- 4.8** As Coberturas Básica de Morte, cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente e a Cobertura Adicional invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumulam.
- 4.9** No caso da ocorrência de sinistro da cobertura Básica de Morte ou para as coberturas adicionais de invalidez permanente, ocorrerá automaticamente à cessação do certificado individual.

### **5 Elegibilidade**

- 5.1** Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, onde o segurado tenha sido indenizado, somente após 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização de um novo evento, desde que o novo evento não seja decorrente de doença ou acidente do evento anterior de Incapacidade Física Temporária.
- 5.2** Para que o Segurado se torne elegível a solicitar o pagamento de uma nova indenização, decorrente de novo evento coberto pelo seguro, dentro do período de vigência do certificado individual, ele deverá:
  - 5.2.1** Para cobertura adicional de desemprego involuntário, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, respeitando as demais condições contratuais.
  - 5.2.2** Para cobertura adicional de incapacidade física total e temporária, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias, respeitando as demais condições contratuais.
- 5.3** Nos casos em que o segurado for pessoa jurídica (estipulante), os sócios proprietários serão elegíveis aos seguros, observados os critérios de elegibilidade constantes das condições contratuais, onde o seu capital segurado será proporcional à participação societária de cada sócio, onde o valor da indenização poderá sofrer alterações de acordo com a composição acionária na data da ocorrência do sinistro, exceto para a cobertura adicional de desemprego involuntário, a qual não terão cobertura.

## 6 Riscos Excluídos

- 6.1** Estão expressamente excluídos de todas as coberturas presentes nestas condições gerais, os eventos decorrentes de:
- 6.1.1** Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
  - 6.1.2** Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
  - 6.1.3** Atos ilícitos ou doloso ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) segurado (s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus beneficiários e respectivos representantes do Estipulante;
  - 6.1.4** Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual ou de sua recondução depois de suspenso;
  - 6.1.5** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
  - 6.1.6** Intoxicações alimentares de qualquer espécie e intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
  - 6.1.7** Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
  - 6.1.8** De ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
  - 6.1.9** Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistente a adesão do Segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas na contratação do seguro;
  - 6.1.10** Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
  - 6.1.11** Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
  - 6.1.12** Participação do segurado em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios.
- 6.2** Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- 6.2.1** Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
  - 6.2.2** Parto ou aborto, e suas consequências salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
  - 6.2.3** O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
  - 6.2.4** As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos médicos, clínicos e/ou cirúrgicos, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.
- 6.3** Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:
- 6.3.1** A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
  - 6.3.2** Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal;
  - 6.3.3** A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
  - 6.3.4** A doença cuja causa possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo segurado, em qualquer tempo pregresso;
  - 6.3.5** Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida/AIDS).
- 6.4** Estarão excluídas exclusivamente da cobertura de Desemprego Involuntário as seguintes situações:
- 6.4.1** Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
  - 6.4.2** Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
  - 6.4.3** Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
  - 6.4.4** Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
  - 6.4.5** Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
  - 6.4.6** Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;
  - 6.4.7** Falência;
  - 6.4.8** Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
  - 6.4.9** Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;

- 6.4.10** Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;
  - 6.4.11** Rescisão de contrato de trabalho por comum acordo, quando ocorre o acordo entre empregador e empregado para a extinção do contrato de trabalho;
  - 6.4.12** Perda de vínculo empregatício do segurado, nos casos de nova solicitação de indenização, quando o empregador atual for o mesmo empregador da ocorrência anterior (em caso de demissão e recontração e futura demissão por um mesmo empregador);
  - 6.4.13** Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato;
  - 6.4.14** Perda de vínculo empregatício do segurado, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período;
  - 6.4.15** Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
  - 6.4.16** As rescisões do contrato de trabalho decorrentes do encerramento do Contrato de Trabalho por Prazo Determinado;
  - 6.4.17** Atos ilícitos ou doloso ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) segurado (s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus beneficiários e respectivos representantes do Estipulante.
- 6.5** Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:
- 6.5.1** Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
  - 6.5.2** Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
  - 6.5.3** O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
  - 6.5.4** Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
  - 6.5.5** Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
  - 6.5.6** Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
  - 6.5.7** Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;

- 6.5.8** Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;
- 6.5.9** Os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular;
- 6.5.10** Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
- 6.5.11** A hospitalização para “check-up”, gravidez e suas consequências;
- 6.5.12** Os tratamentos dentários ou as intervenções médico-bucal por razões reparadoras, salvo quando consequentes de acidentes;
- 6.5.13** Os tratamentos fisioterápicos, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- 6.5.14** Cirurgias plásticas exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal ocorrido após a inclusão do Segurado na apólice;
- 6.5.15** Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- 6.5.16** Tratamentos para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle de natalidade;
- 6.5.17** Trabalhador cuja relação de emprego é regida pela CLT.

## **7** Âmbito Geográfico da Cobertura

- 7.1** As coberturas presentes nestas condições gerais abrangem eventos ocorridos em qualquer globo terrestre, exceto as coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física que abrangem eventos ocorridos parte do território brasileiro.
- 7.2** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

## **8** Carências

- 8.1** A carência quando houver, será determinada no Certificado Individual.
- 8.2** Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.
- 8.3** Em casos de Suicídio, devem ser observados os seguintes subitens.
  - 8.3.1** Conforme disposto no artigo 798 do Novo Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado cometer suicídio nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da vigência do seguro e posterior recondução o prazo de 02 (dois) anos começa a ser contado novamente.
  - 8.3.2** Igualmente, o segurado não terá direito a qualquer indenização decorrente deste contrato se tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta resultar qualquer tipo de invalidez.

- 8.4 O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.
- 8.5 Caso o grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.
- 8.6 O período de carência será contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.
- 8.7 Quando houver carência, será determinada no contrato do seguro e no certificado individual, e será estipulado considerando os seguintes períodos para cada cobertura:
  - 8.7.1 Para coberturas de Morte e invalidez permanente total por acidente, não haverá carência.
  - 8.7.2 Para cobertura de invalidez permanente total por doença, a carência será descrita na apólice e no certificado de seguro.
  - 8.7.3 Para cobertura de desemprego involuntário, carência será descrita na apólice e no certificado de seguro respeitando um período mínimo de 31 (trinta e um) dias.
  - 8.7.4 Para cobertura de incapacidade física total e temporária, a carência será descrita na apólice e no certificado de seguro.

## 9 Franquias

- 9.1 Quando houver, será determinado no contrato do seguro e será estipulado considerando os seguintes períodos para cada cobertura:
  - 9.1.1 Para coberturas de Morte, invalidez permanente total por acidente e invalidez permanente total por doença, não haverá franquia.
  - 9.1.2 Para cobertura de desemprego involuntário, a franquia será de no mínimo 31 (trinta e um) dias consecutivos e máxima de 90 (noventa) dias, devidamente ratificada nas condições contratuais e certificado individual do seguro.
  - 9.1.3 Para cobertura de incapacidade física total e temporária, a franquia mínima será 15 (quinze) dias consecutivos e máxima 90 (noventa) dias, devidamente ratificada nas condições contratuais e certificado individual do seguro.

## 10 Adesão

- 10.1 A adesão ao do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
  - 10.1.1 Na existência da devolução do prêmio para do período a decorrer, o valor a ser devolvido seguirá as diretrizes do item “**RESCISÃO CONTRATUAL**” destas condições gerais.
- 10.2 A adesão à apólice pelos proponentes deverá ser precedida do preenchimento de proposta de adesão, nas formas previstas na regulamentação em vigor.
- 10.3 É vedada a oferta do seguro como condicionante para fornecimento, por terceiro, de produto, crédito ou serviço.

- 10.4** Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes. Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.
- 10.5** O percentual de que trata o parágrafo anterior deverá constar nos certificados individuais.
- 10.6** A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.
- 10.6.1** A assinatura da Proposta de Adesão poderá ser física ou por certificado digital devidamente pré-cadastrado em ambiente seguro.
- 10.7** A contratação e/ou alteração do Seguro também poderá ser realizada através da utilização de meios remotos.
- 10.7.1** Quando a contratação e/ou alteração do Seguro se der através de meios remotos, a formalização do mesmo poderá ser através de Proposta de Adesão devidamente assinada ou através de login e senha previamente cadastrados pelo Proponente.
- 10.8** Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de  $\frac{3}{4}$  dos segurados.

## 11 Capital Segurado

- 11.1** A modalidade do capital segurado prevista nestas condições gerais será a de capital segurado fixo, ou seja, quando o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.
- 11.2** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pelo certificado individual de seguro, vigente na data do evento, estará descrito no mesmo certificado individual.
- 11.3** O capital segurado será pago de forma única ou parcelada, até o limite estabelecido no certificado individual de seguro.
- 11.4** Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:
- 11.4.1** Cobertura de Morte: data da ocorrência do evento coberto.
- 11.4.2** Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: data da ocorrência do acidente.
- 11.4.3** Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: data do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, indicada na declaração médica.
- a)** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 11.4.4** Cobertura de Desemprego Involuntário: data da ocorrência do evento coberto.
- 11.4.5** Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária:
- a)** Por acidente: data da ocorrência do acidente.
- b)** Por doença: data indicada no relatório médico.

## 12 Atualização das Obrigações Pecuniárias e Encargos Moratórios

- 12.1** Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional. É vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.
- 12.2** Os valores devidos pela Seguradora a título de atualização monetária serão calculados pela variação do índice a seguir estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o que dispõe as respectivas Cláusulas destas Condições.
- 12.3** O índice pactuado para a atualização de valores será o IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas).
- 12.3.1** No caso de extinção do IGPM/FGV, a Seguradora passará a utilizar o Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.
- 12.4** A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 12.5** O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios serão feitos independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 12.6** Para os segurados com idade superior ao limite estabelecido nas Condições Gerais e/ou Contrato, não será permitido o aumento do capital contratado, prevalecendo apenas a atualização automática.
- 12.7** Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de  $\frac{3}{4}$  dos segurados.
- 12.8** Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:
- 12.8.1** Do capital segurado, uma vez que está proporcional ao valor da dívida, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante/beneficiário e informado mensalmente pelo estipulante à seguradora.
- 12.8.2** Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, o capital segurado com padrão de comportamento previamente conhecido, durante a vigência do crédito. Portanto, a precificação já considera um capital segurado médio, de acordo com a característica de cada grupo segurável.

## 13 Reintegração do Capital Segurado

- 13.1** Não há reintegração para as garantias de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.
- 13.2** Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática.

## 14 Aceitação

- 14.1** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

- 14.2** Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.
- 14.3** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado Individual. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 14.4** A sociedade seguradora procederá obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 14.5** Em caso de não-aceitação da proposta de seguro, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 14.5.1** O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
  - 14.5.2** Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 14.5, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.
- 14.6** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

## **15 Inclusão de Segurados**

- 15.1** A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo obrigatório para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde.
- 15.2** A adesão à apólice coletiva será realizada mediante assinatura de proposta de adesão pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros habilitado e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra destas condições gerais.
- 15.3** As Condições de ingresso dos segurados estão descritas nas Condições Contratuais do seguros.

## **16 Aceitação e Contratação Por Meios Remotos**

- 16.1** A contratação do seguro também poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

- 16.2** Nos seguros contratados através de Meios Remotos, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão do Certificado.
- 16.2.1** Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.
  - 16.2.2** O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
  - 16.2.3** A Seguradora e o Corretor de Seguros habilitado, conforme o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.
  - 16.2.4** A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

## 17 Vigência e Renovação do Seguro

- 17.1** Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 17.2** A vigência do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado.
- 17.3** O início e término de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas, das datas estabelecidas no Certificado Individual.
- 17.4** O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.
- 17.5** Não está prevista renovação automática do certificado individual.
- 17.6** Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no contrato.
- 17.7** Os contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora, ressalvado o disposto no item 17.3.
- 17.8** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 17.9** Caso ocorra qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.
- 17.10** Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada, e
- 17.10.1** 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.
  - 17.10.2** Se houver ampliação do prazo original, a seguradora poderá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

- a) A seguradora se reserva no direito de recalculer o prêmio com base nas novas premissas compartilhadas pelo estipulante.

## 18 Certificado Individual

**18.1** No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subsequentes e nas alterações, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

## 19 Custeio do Seguro

**19.1** O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributivo, parcialmente contributivo ou não contributivo, conforme indicado no Seguro:

- 19.1.1** Contributivo: Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- 19.1.2** Parcialmente Contributivo: Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- 19.1.3** Não Contributivo: Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

## 20 Prêmio de Seguro

**20.1** O prêmio de seguro será determinado no Certificado Individual.

**20.2** Poderá ser feita a reavaliação dos Prêmios e Capitais Segurados do seguro a qualquer momento, a pedido do Estipulante e/ou dos Segurados conforme determinado em contrato de seguro, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.

**20.3** O capital segurado será recalculado com base na data de ocorrência do sinistro, para estabelecer o montante a ser pago ao beneficiário, de acordo com o valor do Saldo Devedor.

**20.4** Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

## 21 Pagamento do Prêmio de Seguro

**21.1** O prêmio poderá ser pago de forma única ou mensal, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.

**21.1.1** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

**21.1.2** Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

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

**21.3** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

- 21.4** Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.
- 21.4.1** No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipado, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.
  - 21.4.2** Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.
  - 21.4.3** Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no Contrato do Seguro.
  - 21.4.4** O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.
- 21.5** Entretanto, observado o disposto no item 21.4, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.
- 21.6** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 21.7** Por característica da estrutura do plano de seguro, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

## **22 Cessaçãõ da Cobertura de cada Segurado**

- 22.1** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:
- 22.1.1** Automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual.
  - 22.1.2** Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
  - 22.1.3** Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
  - 22.1.4** Quando o prêmio não for pago, conforme o que dispuser o item 21.4.
  - 22.1.5** No caso da ocorrência de sinistro da cobertura Básica de Morte ou para as coberturas adicionais de invalidez permanente, ocorrerá automaticamente à cessação do certificado individual.
- 22.2** Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

## 23 Suspensão e Cancelamento do Seguro

- 23.1** Quando ocorrer a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.
- 23.2** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 23.3** Em caso de extinção antecipada da obrigação, 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.
- 23.4** É facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação.
- 23.5** No caso de ocorrência do sinistro de morte ou invalidez permanente o certificado individual será cancelado, no momento da data da ocorrência do sinistro, com conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data da do pagamento da indenização, devidamente atualizados seguindo as premissas do item “ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS”
- 23.6** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

## 24 Rescisão Contratual

- 24.1** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.
- 24.2** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas a seguinte disposição:
- 24.2.1** A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## 25 Procedimento em caso de Sinistro

- 25.1** Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:
- 25.1.1** Cobertura Básica de Morte:
- Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
  - Documento de identificação do Segurado, com foto, que contenha o número do CPF (Ex: RG, CNH, CTPS RNE ou Passaporte);
  - Certidão de óbito;

- d) Relatório Médico preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente do segurado (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório), em caso de morte natural;
- e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- f) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte acidental;
- g) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- h) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

**25.1.2** Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- c) Documento de identificação do Segurado, com foto, que contenha o número do CPF (Ex: RG, CNH, CTPS RNE ou Passaporte);
- d) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- e) Cópia simples do boletim de ocorrência policial;
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver.

**25.1.3** Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Relatório médico original contendo:
  - b.1) o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
  - b.2) detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- d) Documento de identificação do Segurado, com foto, que contenha o número do CPF (Ex: RG, CNH, CTPS RNE ou Passaporte).

**25.1.4** Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, que contenha o número do CPF (Ex: RG, CNH, CTPS RNE ou Passaporte);
- c) Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, páginas das admissões e dispensas, e página posterior em branco.
  - c.1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo segurado será determinada em contrato e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.
  - c.2) Nos seguros que possuem franquia, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido no contrato do seguro.
- d) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado, pelo sindicato ou pelo ex-empregador, com a discriminação das verbas rescisórias.

#### 25.1.5 Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, que contenha o número do CPF (Ex: RG, CNH, CTPS RNE ou Passaporte);
- c) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- d) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- e) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
  - e.1) Última declaração do Imposto de Renda;
  - e.2) Recibo de Pagamento Autônomo;
  - e.3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
  - e.4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
  - e.5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, paga antes da ocorrência do sinistro.

f) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

- 25.2 A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.
- 25.3 No caso de sinistros da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o segurado deverá submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.
- 25.4 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

## 26 Pagamento de Sinistros

- 26.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá o Segurado/Estipulante comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, mediante dúvida fundada e justificável, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.
- 26.2 Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação, conforme especificado no item “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO” desta condição.
- 26.3 Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior para indenização dos sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 26.4 A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia ao Estipulante serão determinadas no Contrato do seguro, e terão por objetivo amortizar dívida vigente na data do evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.
- 26.5 Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no subitem 26.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.
- 26.6 Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).
- 26.7 Caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.
- 26.8 Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados a mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor.

- 26.9** A cobertura do seguro se dará somente pelo Saldo da dívida, parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado não serão incorporados ao valor do capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto. Caso seja solicitado pelo estipulante à seguradora, o mesmo deve ser feito por escrito e ter a anuência da seguradora.
- 26.10** Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 26.11** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e Invalidez Permanente Total por Acidente, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 26.12** O capital segurado será apurado com base na data de ocorrência do sinistro, para estabelecer o montante a ser pago ao beneficiário, de acordo com o valor do Saldo Devedor.

## 27 Perda de Direitos

- 27.1** Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 27.1.1** Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:
- a)** Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
  - b)** Na hipótese de não ocorrência de sinistro, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido.
  - c)** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
  - d)** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.
  - e)** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.

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

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

**27.2.2** O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada respeitando as descrições do subitem 24.2.1.

**27.3** Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

**27.3.1** Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e

**27.3.2** Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

## 28 Beneficiários

**28.1** O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

**28.2** Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação 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, conforme dispuserem estas condições gerais.

**28.3** 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.

**28.3.1** Caso o segurador, não for cientificado oportunamente da substituição ou indicação de um novo beneficiário, o eventual saldo remanescente do capital segurado será pago ao antigo beneficiário.

## 29 Prescrição

**29.1** Quaisquer direitos dos segurados ou beneficiários, com fundamento no presente seguro, prescrevem nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

## 30 Distribuição de Excedente Técnico

**30.1** Quando previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

**30.2** O Excedente Técnico será um percentual definido pela Seguradora e pago ao responsável pelo custeio do Seguro.

**30.3** Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

**30.4** Serão considerados os seguintes critérios para apuração do Excedente Técnico:

- 30.4.1** Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos;
  - b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
  - c) estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores; e
  - d) estorno do valor dos sinistros pendentes no período de apuração anterior e que foram pagos no período atual de apuração.
- 30.4.2** Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- a) comissões de corretagem pagas durante o período;
  - b) comissões de administração (“pró-labore”) pagas durante o período;
  - c) comissões de agenciamento pagas durante o período;
  - d) valor total dos sinistros pagos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
  - e) valor total dos sinistros pendentes de pagamento, avisados no período de apuração;
  - f) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculado na data de apuração do excedente técnico referente à Apólice;
  - g) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
  - h) despesas efetivas da administração, acordadas com o Estipulante/Subestipulante no Contrato de Seguro.
- 30.4.3** As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
  - b) o respectivo pagamento para os sinistros pagos;
  - c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
  - d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

**30.5** O percentual de reversão de excedente técnico constará nas Condições Contratuais.

**30.6** A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da Apólice, até a data da distribuição do excedente técnico.

**30.7** Para os casos previstos no item 30.3, deverá ser incluído no Certificado Individual informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

## **31 Alteração Contratual em Planos Coletivos**

**31.1** Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

**31.2** Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificado pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 31.1.

**31.2.1** Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

**31.3** Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos seguirá as mesmas diretrizes dos itens 31.2 e 31.2.1.

## **32 Material de Divulgação**

**32.1** A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

## **33 Sub-rogação**

**33.1** No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

## **34 Tributos**

**34.1** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

**34.2** O prêmio deverá ser pago integralmente à Seguradora, para que esta proceda ao devido recolhimento do Imposto sobre Operações Financeiras – IOF.

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

## **35 Foro**

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

Porto Alegre, 06 de outubro de 2021.

---

Alexandre Girardi

Diretor designado como responsável pelas relações com a SUSEP, nos termos do art. 1º, I, da Circular SUSEP nº 234/2003

---

Leandro de Carvalho Nunes

Diretor designado como responsável técnico da Sociedade, nos termos do art. 1º, II, da Circular SUSEP nº 234/2003