

SEGURO PRESTAMISTA

Condições Gerais

Versão 1.1

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 15414.605904/2020-93

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Central de Atendimento Digital - www.bbseguros.com.br

Atendimento online via Chat (exceto feriados)

Horário de atendimento: Todos os dias, das 08h às 20h40.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) 0800 729 7000

Atendimento aos Deficientes Auditivos ou de fala 0800 962 7373

Horário de atendimento: 24 horas, todos os dias.

Canal de WhatsApp (11) 4004 7000

Ligações de celular (capitais e regiões metropolitanas)

Horário de Atendimento: 24 horas, todos os dias.

Contratação, Renovação e Alteração na Apólice 0800 729 0400

Ligações de celular (capitais e regiões metropolitanas) (55) 11 4004-0009

Horário de atendimento: de 2ª a 6ª feira, das 08h30 às 21h10.

Sábados: das 08h30 às 18h, exceto feriados nacionais.

Ouvidoria BB Seguros 0800 880 2930

Deficientes auditivos ou de fala 0800 775 7003

Horário de atendimento: 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.

Canal de Conduta Ética 0800 444 8256

Horário de atendimento: 24h (todos os dias).

de 2ª a 6ª feira, das 9h às 19h com atendentes,
demais horários apenas atendimento eletrônico

www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro.

As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

Nós guardamos suas informações com todo cuidado e zelo, somos transparentes quanto ao seu uso e proteção. Sim, nós podemos compartilhar seus dados pessoais, mas somente com empresas que nos ajudam a cumprir nossos compromissos contigo, como empresas de assistência e resseguradores. Também podemos compartilhar seus dados com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de aprimorar os produtos e serviços que oferecemos a você. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, acesse o site: www.bbseguros.com.br/seguradora/politica-privacidade/.

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Avenida das Nações Unidas, nº 14.261 • Ala A • 29º andar

04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP

CNPJ: 28.196.889/0001-43

ÍNDICE

REGRAS GERAIS	5
1. OBJETIVO DO SEGURO	5
2. COBERTURAS	5
3. RISCOS EXCLUÍDOS	6
4. CARÊNCIAS	7
5. FRANQUIAS	7
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
7. BENEFICIÁRIOS	8
8. PERDA DE DIREITOS	8
COMO CONTRATAR	8
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	8
10. CONTRATO COLETIVO	9
11. ADESÃO AO SEGURO COLETIVO	10
DURAÇÃO DO SEGURO	10
12. VIGÊNCIA	10
CAPITAL SEGURADO	11
13. MODALIDADE VINCULADO	11
14. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO	11
CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)	11
15. FORMA DE PAGAMENTO	11
16. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA	11
COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)	12
17. COMUNICAÇÃO	12
18. DOCUMENTOS	12
19. JUNTA MÉDICA	13
20. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	13
RENOVAÇÃO DO SEGURO	14
21. RENOVAÇÃO	14
22. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	14

CANCELAMENTO DO SEGURO	14
23. REGRAS GERAIS	14
24. APÓLICE	16
25. COBERTURA INDIVIDUAL.....	16
ESTIPULANTE	16
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
27. REGIME FINANCEIRO.....	17
28. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.....	18
29. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	18
30. PRESCRIÇÃO	18
31. FORO.....	18
32. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	18
CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO)	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
COBERTURAS BÁSICAS	21
1. COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL	21
2. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	22
COBERTURAS ADICIONAIS	23
1. COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO.....	23
2. COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IFTA)	26

REGRAS GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento, total ou parcial, da operação de crédito assumida pelo Segurado, em caso de evento coberto, **até o limite do Capital Segurado vigente, mediante o recebimento do custo do seguro, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, respeitado os riscos expressamente excluídos.**

2. COBERTURAS

- 2.1. Este seguro é composto por Coberturas Básicas e Adicionais, definidas nas Condições Especiais.

- 2.2. O custo do seguro (prêmio) será determinado de acordo com as coberturas contratadas, expressamente indicadas no Certificado de Seguro.

2.3. COBERTURAS BÁSICAS

- 2.3.1. É **obrigatória** a contratação das **Coberturas Básicas** abaixo:

- a) **Morte Natural ou Acidental**
- b) **Invalidez Permanente Total por Acidente**

2.4. COBERTURAS ADICIONAIS

- 2.4.1. É **facultada** a contratação das **Coberturas Adicionais** abaixo:

- a) **Desemprego Involuntário**
- b) **Incapacidade Física Temporária por Acidente**

- 2.4.2. **As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Temporária por Acidente são excludentes, ou seja, o Segurado estará coberto para Desemprego Involuntário ou Incapacidade Física Temporária por Acidente.**

- 2.4.3. **As Coberturas Adicionais não poderão ser contratadas isoladamente.**

- 2.4.4. **As Coberturas Adicionais são de contratação facultativa e exigem o pagamento do custo do seguro (prêmio) complementar.**

2.5. CARACTERIZAÇÃO DE ACIDENTE PESSOAL

- 2.5.1. **As Coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente e de Incapacidade Física Temporária por Acidente, vinculadas a “Acidente Pessoal” deverão observar os critérios abaixo relacionados.**

- 2.5.2. Para a caracterização da cobertura, será considerado **Acidente Pessoal** exclusivamente o evento com data determinada, 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, observada as condições abaixo:

A. Eventos cobertos:

- 1) **suicídio ou a sua tentativa, ressalvado o prazo de Carência do item 4.**
- 2) **acidentes decorrentes de:**

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) sequestros e tentativas de sequestros;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

B. Eventos não cobertos:

- 1) 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;
- 2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteo-musculares 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;
- 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, definido nesta definição.

2.5.3. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença e, portanto, não se enquadra no conceito de Acidente Pessoal para fins de seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Este seguro não cobre os eventos relacionados a/ou ocorridos em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, química ou bacteriológica, civil ou guerrilha, atos militares, hostilidades, revolução, insurreição, agitação, motim, rebelião, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade de auxílio a outrem;
- c) Do ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo 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 ato atentatório à ordem pública pela autoridade competente.

- d) De atos ilícitos dolosos ou por culpa grave praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, incluem-se os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores e/ou seus respectivos representantes;
- e) De inundações, furacões, ciclones, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos ou movimentos de terra em geral, maremotos, erupções vulcânicas, qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico, geológicos de caráter extraordinário e outras convulsões da natureza;
- f) De epidemias e pandemias, declaradas por órgão público competente, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;
- g) De competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- h) De intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos e/ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico devidamente habilitado, em decorrência de acidente coberto, desde que seja demonstrado seunexo causal;
- i) Da condução de veículos, embarcações e aeronaves pelo segurado sem a adequada habilitação;
- j) Da condução do segurado de aeronaves e embarcações sem a autorização dos órgãos competentes para voo ou navegação.
- k) De lesões ou doenças preexistentes de conhecimento do segurado, não declarada na proposta de seguro, que o obrigue a fazer acompanhamento médico ou uso de medicamento contínuo ou exija tratamento em regime hospitalar em período cujos efeitos persistam até a data da contratação do seguro e que contribua direta ou indiretamente na caracterização da cobertura contratada.

4. CARÊNCIAS

- 4.1. No caso de Acidente Pessoal decorrente de suicídio, será aplicada a Carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contado da data de início de vigência do seguro.
- 4.2. Demais prazos de carência serão definidos no Certificado de Seguro ou em cobertura específica.
- 4.3. O prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do seguro.

5. FRANQUIAS

- 5.1. A aplicação da franquia será definida no Certificado de Seguro ou em cobertura específica.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1. Todo o globo terrestre, salvo previsão em contrário nas coberturas ou Certificado do Seguro.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Para todas as coberturas deste seguro o único Beneficiário será o Estipulante, que receberá o valor da indenização, nos termos dos itens 13 - Capital Segurado e 14 - Capital Segurado Aplicado - Data do Evento.

8. PERDA DE DIREITOS

8.1. O Beneficiário perderá o direito à indenização se o Segurado agravar intencionalmente o risco.

8.2. O Beneficiário perderá o direito à indenização e a Seguradora terá o direito ao custo do seguro (prêmio) vencido, além de cancelar o seguro, se o Estipulante, Subestipulante, Segurado, Beneficiário, Corretor de Seguros, ou seus respectivos representantes, fizer(em) declarações inexatas ou omitir(em) circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do seguro.

8.3. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:

a.1) Cancelar o seguro e reter a parcela proporcional ao tempo decorrido do custo do seguro (prêmio) originalmente pactuado; ou

a.2) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após o pagamento da diferença do custo do seguro (prêmio) devido, ou restringir a cobertura contratada.

b) Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do Capital Segurado, mediante prévio recebimento da diferença de custo do seguro (prêmio) cabível, cancelar o seguro, após o pagamento de indenização.

8.4. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo e qualquer incidente suscetível de agravar o risco, sob pena de perder o direito à cobertura, se provado que silenciou de má-fé.

a) A Seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao Segurado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contado do recebimento do aviso de agravamento do risco, ou, a critério da Seguradora, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar o complemento do custo do seguro (prêmio) cabível.

b) O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado, devendo ser restituída a diferença do custo do seguro (prêmio), calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

COMO CONTRATAR

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

9.1. A contratação, alteração ou renovação do contrato de seguro somente poderá ser realizada mediante a apresentação da respectiva proposta pelo proponente, seu representante legal e/ou corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.

- 9.2.** Na proposta deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. Caberá a Seguradora fornecer ao proponente obrigatoriamente o protocolo que identifique a data e hora do recebimento da proposta.
- 9.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 9.4.** A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, Adesão, Renovação ou Alteração (Endosso) que implique em modificação do risco, para se manifestar a respeito de sua aceitação ou recusa.
- a) Durante este período, a Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise do risco. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr a partir da data da comprovação da entrega de toda a informação e/ou documentação solicitada.**
- b)** Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos e informações complementares poderá ser solicitada uma única vez. No caso de pessoa jurídica, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares mais de uma vez, desde que fundamente o pedido para a avaliação da proposta e a definição do custo do seguro (prêmio).
- 9.5. Não será admitida a adesão ou a alteração do seguro por procuração.**
- 9.6.** A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 9.7.** A ausência de manifestação da Seguradora no prazo previsto no item **9.4**, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação da proposta.
- 9.8.** A aceitação da contratação do seguro, sua adesão ou renovação se formalizará com a correspondente emissão da Apólice e do Certificado do Seguro, respectivamente, e a aceitação da alteração contratual implicará na emissão do Endosso.
- 9.9. Os casos de renegociação da operação de crédito deverão ser comunicados imediatamente à Seguradora e estarão sujeitos à análise de aceitação.**
- a) 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 custo do seguro correspondente ao período remanescente; e**
- b) Se houver ampliação do prazo original ou aumento do saldo devedor, conseqüentemente do Capital Segurado vigente, à Seguradora deverá se manifestar quanto ao interesse na extensão, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da comunicação, por escrito.**
- 9.10. Em caso de extinção antecipada da operação de crédito, o seguro será automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do custo do seguro (prêmio) pago referente ao período a decorrer.**

10. CONTRATO COLETIVO

- 10.1.** A contratação e a alteração do seguro coletivo devem ser realizadas mediante a apresentação da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e pelo corretor de seguros.
- 10.2. Qualquer modificação da Apólice vigente que implique em ônus ou dever para os Segurados já existentes na apólice, incluindo a alteração na taxa de seguro ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**

- 10.3.** Quando a alteração ou renovação não implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.
- 10.4.** A Seguradora poderá reavaliar as taxas a serem aplicadas exclusivamente às novas operações, conforme prazo e critérios especificados na Proposta de Contratação.

11. ADESÃO AO SEGURO COLETIVO

- 11.1.** A contratação do seguro deve ser realizada mediante a apresentação da Proposta de Adesão, preenchida e assinada, pelo proponente ou pelo seu corretor de seguros.
- 11.2.** A contratação do seguro é opcional, sendo permitido o seu cancelamento a qualquer momento com devolução do custo do seguro pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 11.3.** Poderá ser aceito como segurado, todo proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em boas condições de saúde e dentro da idade permitida pelo produto.
- 11.4.** O proponente/segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer os exames realizados.
- 11.5.** A aceitação da Proposta de Adesão se formalizará com a emissão do Certificado do Seguro em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.
- 11.6.** O pagamento antecipado, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da proposta.
- a) **No caso do seguro pago antecipadamente o proponente terá cobertura da data da recepção da proposta na Seguradora até a data da formalização da recusa.**
 - b) O valor pago antecipadamente, líquido de IOF (Imposto sobre Operações Financeiras), será restituído no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados da formalização da recusa, deduzido da parcela proporcional ao tempo em que tiver prevalecido a cobertura.
 - c) A atualização monetária será aplicada a partir da data da formalização da recusa até o seu efetivo pagamento.
 - d) Após o prazo estabelecido para a devolução do custo do seguro, serão devidos juros moratórios, sobre o valor atualizado, observado o índice e juros especificados no item **29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS.**

DURAÇÃO DO SEGURO

12. VIGÊNCIA

- 12.1.** O início e o fim da vigência do seguro terão início às 24h (vinte e quatro horas) das datas estabelecidas no Certificado do Seguro ou Endosso.
- 12.2.** A vigência do Certificado do Seguro acompanhará o prazo da operação de crédito, devendo ser adequada em caso de sua renegociação, por meio do competente endosso, mediante cobrança ou devolução de prêmio, quando necessário. **Não será admitida a contratação após o início da operação de crédito.**
- 12.3.** No caso de não renovação da Apólice o seguro será prorrogado até o término da vigência dos Certificados de Seguros vigentes, observado o devido pagamento do valor do seguro, não sendo admitida novas adesões.

- 12.4. As propostas serão recepcionadas **com o pagamento total antecipado do seguro** e terão o início da vigência a partir da data da contratação da operação de crédito com o Estipulante.

CAPITAL SEGURADO

13. MODALIDADE VINCULADO

- 13.1. O Capital Segurado para Morte Natural e Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente corresponderá ao valor do saldo devedor da operação de crédito apurado na data da contratação do seguro e acrescidos de margem percentual estabelecida na Proposta de Contratação e no Certificado do Seguro, para cobrir encargos contratuais e eventuais juros decorrentes das parcelas em atraso da operação de crédito.
- 13.2. Para fins de cobrança de prêmio (custo do seguro) será considerada a variação mensal do Capital Segurado, a ser apurada na data da contratação.
- 13.3. O Capital Segurado das Coberturas Adicionais será especificado nas respectivas coberturas.

14. CAPITAL SEGURADO APLICADO - DATA DO EVENTO

- 14.1. Para determinação do Capital Segurado para pagamento da indenização do seguro será considerado o valor do saldo da operação de crédito na data do evento coberto, especificado nas respectivas coberturas, atualizado até a data do pagamento, limitado ao Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento coberto, conforme item 13.1.

CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO)

15. FORMA DE PAGAMENTO

- 15.1. O seguro será pago à vista na operação de crédito, salvo previsão em contrário no Certificado do Seguro.
- 15.2. Para garantir o direito à cobertura o seguro deverá ser pago até a data do seu vencimento.
- 15.3. **O seguro será tributário, com responsabilidade integral do Segurado em relação ao pagamento do seguro, salvo previsão em contrário no Certificado do Seguro.**
- 15.4. Caso na data para o pagamento do seguro não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 15.5. O Estipulante deverá enviar mensalmente à Seguradora o saldo devedor da operação de crédito, considerando cada amortização ou reajuste.
- 15.6. O prêmio (custo do seguro) será recalculado periodicamente em função da apuração do saldo devedor e ajuste do Capital Segurado, podendo haver devolução de prêmio caso haja cancelamento do Seguro.
- 15.7. No caso de recebimento indevido do custo do seguro (prêmio) pela Seguradora, estes valores serão exigíveis a partir da data do seu recebimento.

16. ATRASO NO PAGAMENTO DO SEGURO E PRAZO DE TOLERÂNCIA

- 16.1. Em caso de não pagamento da parcela única do valor do seguro até a data do seu vencimento o seguro não será efetivado.
- 16.2. Para este seguro de prêmio único não há período de tolerância, pois o não pagamento do custo do seguro (prêmio) caracterizará a não contratação do seguro.

COMO ACIONAR O SEGURO (AVISO DE SINISTRO)

17. COMUNICAÇÃO

17.1. Em caso de evento coberto, o Segurado ou o Beneficiário deverão formalizar o Aviso de Sinistro para a Seguradora imediatamente após o conhecimento do fato.

18. DOCUMENTOS

18.1. Em caso de evento coberto deverá ser feito o aviso à Seguradora pelo Segurado ou Beneficiário, com a apresentação dos seguintes Documentos Básicos, conforme o caso, **sem prejuízo dos específicos de cada cobertura:**

- a) Número de identificação: Cadastro de Pessoa Física (CPF) e/ou Registro Geral (RG) e/ou Registro Nacional para Estrangeiros (RNE) e/ou Passaporte (com a identificação da expedição) e/ou outros documentos válidos em território nacional, acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição. No caso de Pessoa Jurídica, deverá ser apresentado o número de identificação do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) ou do Cadastro de Empresa Estrangeira/BACEN (Cademp) para empresas *offshore*, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ ou Cademp, bem como documentos da constituição da sociedade atualizados (contrato social ou estatuto social acompanhado da ata de eleição dos administradores).
- b) Comprovante de residência do Segurado ou declaração de prova de residência, nos termos da Lei 7.115/1983;
- c) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica;
- d) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (C.A.T.);
- e) Formulário “Relatório médico - eventos de causas acidentais”
- f) Relatório Médico (com a identificação do CRM e assinado pelo médico) contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte e/ou invalidez do segurado;
- g) Exames médicos realizados que comprovem o diagnóstico indicado no Relatório Médico;
- h) Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal - IML;
- i) Boletim de Ocorrência;
- j) Laudo de Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- k) Laudo de Exames Toxicológicos e de Dosagem Alcoólica ou Declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames;
- l) Habilitação do Segurado, no caso de morte na condução de veículos, aeronaves ou embarcações.

18.2. Não serão admitidos documentos rasurados.

18.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do segurado ou familiares, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.4. A Seguradora poderá firmar convênios ou contratos com o Estipulante, instituições financeiras ou empresas que façam a administração de banco de dados para obter informações e documentos comprobatórios referente aos dados necessários para a operação de seguros.

- 18.5. **A Seguradora poderá obter informações gerais também em órgãos oficiais para fins da execução do contrato de seguro.**
- 18.6. **As informações obtidas em órgãos oficiais e por força de contratos e convênios poderão dispensar a exigência dos documentos e informações exigidos neste item.**
- 18.7. **A Seguradora poderá solicitar documentos complementares necessários à conclusão da análise de cobertura, além dos contratualmente previstos, em caso de dúvida fundada e justificável.**
- 18.8. **A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará no encerramento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação dos Beneficiário(s) com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.**
- 18.9. **A solicitação de documentos e demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após a reclamação da indenização, não implicam, por si só, no reconhecimento da cobertura.**

19. JUNTA MÉDICA

- 19.1. **No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a seguradora deverá propor ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.**
- 19.2. **A junta médica de que trata o item anterior, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.**
- 19.3. **O desempatador somente deverá se pronunciar se houver divergência entre os peritos nomeados pelas partes. Não havendo divergência prevalecerá a decisão dos peritos nomeados pelas partes.**
- 19.4. **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 constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.**
- 19.5. **O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem e, caso as partes resolvam realizar nova junta médica, a parte que impossibilitou a realização da junta deverá arcar integralmente com as despesas da nova constituição.**
- 19.6. **A ausência de manifestação ou recusa do Segurado para a realização da junta médica e/ou da perícia médica ensejará no encerramento do processo de sinistro sem indenização por impossibilidade da caracterização de uma das coberturas contratadas.**

20. FORMA E PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 20.1. **O pagamento da indenização, decorrente de evento coberto, será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data da entrega de todos os documentos e informações solicitados, em parcela única, salvo previsão em contrário na respectiva cobertura.**
 - a) **Em caso de solicitação de documentos complementares, este prazo será suspenso e voltará a correr a partir do primeiro dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**

- b) Após este prazo, o valor devido deverá ser atualizado, desde a data da caracterização do evento coberto, acrescido de juros de mora, aplicado a partir do primeiro dia útil posterior ao vencimento do prazo da regulação até a data do efetivo pagamento, observado o índice e juros especificados no **item 29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**.

20.2. Caso haja o descumprimento do prazo para pagamento da indenização, a Seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da operação de crédito relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data do efetivo pagamento, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

RENOVAÇÃO DO SEGURO

21. RENOVAÇÃO

- 21.1.** A renovação do seguro coletivo será automática, por uma única vez, por igual período ao contratado, **devendo as renovações posteriores serem realizadas obrigatoriamente por escrito, mediante proposta.**
- 21.2.** O Segurado, no plano individual, ou o Estipulante, no plano coletivo, poderá notificar à Seguradora caso não tenha interesse na renovação do seguro, mediante aviso o prévio de, no mínimo, **60 (sessenta) dias e ficará obrigado a comunicar os segurados previamente sobre o término da vigência do seguro, por sua solicitação.**
- 21.3.** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, **60 (sessenta) dias de antecedência da data do término da sua vigência.**
- 21.4.** Caso o seguro coletivo não seja renovado, a vigência da Apólice será prorrogada apenas para contemplar o término da vigência dos Certificados de Seguros emitidos dentro da sua vigência, observada o pagamento do valor do seguro, não sendo admitida novas adesões.
- 21.5.** A renovação de seguros coletivos não contributários ou que não implicar em alteração da Apólice com ônus, atualização de taxas ou deveres adicionais para seguros já contratados poderá ser feita pelo Estipulante, **caso contrário dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- 21.6.** Este seguro será por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o seguro na data de vencimento, sem a devolução dos custos pagos.

22. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

- 22.1.** A Seguradora poderá reavaliar as condições, taxas e o custo do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

CANCELAMENTO DO SEGURO

23. REGRAS GERAIS

- 23.1.** No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
- a) Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora ou cancelamento decorrente de repactuação do seguro, a Seguradora reterá do valor do seguro

recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido até a data do efetivo cancelamento;

- b) Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, cancelamento por liquidação do saldo devedor da operação de crédito ou cancelamento por renovação da operação de crédito, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o custo do seguro (prêmio) calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto abaixo:

Faixa de Permanência no Seguro (Dias vigentes do seguro/Vigência total do seguro em dias)	Percentual de Retenção do Prêmio
Até 3,9%	13%
De 4% a 7,9%	20%
De 8% a 11,9%	27%
De 12% a 15,9%	30%
De 16% a 19,9%	37%
De 20% a 23,9%	40%
De 24% a 27,9%	46%
De 28% a 31,9%	50%
De 32% a 35,9%	56%
De 36% a 40,9%	60%
De 41% a 44,9%	66%
De 45% a 48,9%	70%
De 49% a 52,9%	73%
De 53% a 56,9%	75%
De 57% a 60,9%	78%
De 61% a 64,9%	80%
De 65% a 68,9%	83%
De 69% a 72,9%	85%
De 73% a 77,9%	88%
De 78% a 81,9%	90%
De 82% a 85,9%	93%
De 86% a 89,9%	95%
De 90% a 93,9%	98%
De 94% a 100%	100%

- 23.2.** Para prazos não previstos na tabela de prazo curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.
- 23.3.** Os valores de restituição devidos ao Segurado serão atualizados de acordo com o item 27 - Atualização Monetária e Juros, a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- 23.4.** Os seguros não poderão ser cancelados durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

24. APÓLICE

24.1. O contrato de seguro coletivo somente poderá ser cancelado, durante a vigência da apólice coletiva, mediante acordo entre as partes e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

25. COBERTURA INDIVIDUAL

25.1. A cobertura individual termina, observada as condições contratuais do seguro:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos Certificados de Seguros, cujo custo tenha sido pago integralmente;
- b) Em caso de cancelamento da apólice;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice;
- d) Com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- e) Por Morte;
- f) Por Invalidez Permanente Total por Acidente;
- g) Por falta de pagamento do custo do seguro (prêmio);
- h) A pedido do segurado, desde que devidamente formalizado, assinado e protocolado na Seguradora;
- i) Quando a operação de crédito for liquidada.

ESTIPULANTE

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas no contrato de seguro, constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo seus dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações da natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em evento coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do custo do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida na legislação, quando for de sua responsabilidade;
- e) Repassar ou pagar o valor do custo do seguro à Seguradora, nos prazos previstos contratualmente, conforme forma de custeio determinada na Apólice;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato de seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer evento coberto ou sua expectativa, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para o pagamento da indenização o seguro;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

26.2. É vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Cancelar o contrato sem anuência prévia e expressa de um número que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

26.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos custos do seguro pelo Estipulante, nos prazos contratualmente previstos, poderá acarretar a suspensão ou cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

26.4. Na hipótese de qualquer remuneração ao Estipulante, o seu percentual e valor constará na Proposta de Adesão e no Certificado do Seguro. O Segurado será informado sobre eventual alteração dos valores informados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

27. REGIME FINANCEIRO

27.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não há possibilidade técnica de qualquer devolução ou resgate, mesmo em caso de cancelamento do seguro.

27.2. Neste regime os custos do seguro pagos por todos os Segurados do plano deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. Não há constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado.

28. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

28.1. O não cumprimento do prazo de pagamento das obrigações contratuais implicará na atualização monetária do valor devido pela variação positiva do **IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento.

28.1.1. No caso da extinção do índice acima ajustado, será utilizado o **IGPM/FGV - Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas**.

28.2. Os juros, fixados em 0,25% a.m. (vinte e cinco centésimos por cento ao mês), serão calculados proporcionalmente ao tempo, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato para o cumprimento da obrigação até a data do seu efetivo pagamento.

28.3. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

29. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

29.1. As comunicações, peças promocionais e de propaganda para a divulgação do seguro pelo Estipulante e Corretor, deverão respeitar rigorosamente as condições contratuais do seguro e a legislação, e só poderão ser divulgadas mediante prévia autorização da Seguradora, por escrito.

30. PRESCRIÇÃO

30.1. Os prazos prescricionais serão os determinados em lei.

31. FORO

31.1. Fica eleito o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para discutir questões judiciais.

31.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

32. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

32.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site **www.susep.gov.br**, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

CONSULTA AOS TERMOS TÉCNICOS (GLOSSÁRIO)

Apólice

Documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do seguro individual ou coletivo.

Aviso de Sinistro (Como acionar o Seguro)

Comunicação imediata à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.

Beneficiário

Pessoa jurídica indicada para receber o valor da indenização.

Capital Segurado

Termo utilizado para definir o valor máximo Segurado por cobertura, devido ao Beneficiário em caso de evento coberto.

Carência

Período em que o Beneficiário não terá direito ao Capital Segurado, no caso de evento coberto.

Certificado do Seguro

Documento individual emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação de cada proponente no seguro coletivo.

Companheiro

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 no contrato de seguro.

Comoriência

É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as condições gerais e especiais, a(s) Proposta(s), a Apólice e o Certificado do Seguro.

Condições Especiais

Conjunto de disposições específicas de cada cobertura adicional, que podem alterar as condições gerais.

Condições Gerais

Conjunto de obrigações e condições comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem os direitos e as obrigações das partes e dos Beneficiários.

Corretor

Intermediário, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.**

Custo do Seguro (Prêmio)

Importância paga para a Seguradora para a contratação do seguro. O custo líquido correspondente ao custo do seguro, sem impostos.

Doenças e Lesões Preexistentes

Doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta. É caracterizada pela omissão do diagnóstico e do tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde.

Endosso

Documento emitido pela Seguradora que formaliza qualquer alteração na Apólice ou no Certificado do Seguro.

Estipulante

Pessoa jurídica que contrata Apólice coletiva e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante as Seguradoras, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.

Franquia

Período contínuo de tempo fixado na Apólice ou Certificado do Seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Beneficiário não terá direito à cobertura do seguro.

Grupo Segurado

Totalidade de Segurados aceitos e incluídos na Apólice Coletiva.

Indenização

Valor a ser pago ao Beneficiário pela Seguradora na ocorrência de evento coberto, limitado ao Capital Segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

Proponente

Pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro.

Proposta

Documento, que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de contratar o seguro individual ou coletivo ou aderir ao seguro coletivo e manifesta pleno conhecimento das condições contratuais. Nos seguros coletivos o Estipulante assina a Proposta de Contratação, contendo as obrigações contratuais estabelecidas entre as partes, e os segurados assinam a Proposta de Adesão.

Relatório Médico

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do Segurado. **Não será aceito documento emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependente, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora

Empresa legalmente autorizada a comercializar o seguro e que se responsabiliza por determinados riscos, mediante o recebimento do custo do seguro.

Sinistro

Evento passível de cobertura, durante o período de vigência do seguro.

Subestipulante

É a pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o Estipulante, contrata o seguro em favor do grupo Segurado a que se vincule e os representa perante a Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURAS BÁSICAS

1. COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

1.1. Garante o pagamento ao Beneficiário do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, observado o item 2.5 das Condições Gerais.

1.2. CARÊNCIA

1.2.1. **Haverá carência de 60 (sessenta) dias em caso de Morte Natural do Segurado, contada da data de início de vigência do seguro.**

1.3. DATA DO EVENTO

1.3.1. Para efeito da determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada a data de falecimento do segurado.

1.4. DOCUMENTOS

1.4.1. Além dos documentos descritos no item **19.1 da CLÁUSULA 19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura deverão ser apresentados poderão ser solicitados os seguintes **Documentos Básicos**:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- b) Cópia da Declaração de Óbito do segurado.

1.5. RATIFICAÇÃO

1.5.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

2. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

2.1. Garante o pagamento ao Beneficiário do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em virtude de lesão física do Segurado, causada por Acidente Pessoal coberto, nos termos do item 2.5 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do seguro, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de um membro ou órgão abaixo relacionado:

- 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 de uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável;
- i) Nefrectomia Bilateral.

2.1.1. **Para fins dessa cobertura, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) aquela, avaliada quando da alta médica definitiva, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação do segurado, após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis e determine a perda total do uso do membro ou órgão.**

2.1.2. **Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, relacionado no item 2.2 destas Condições Especiais, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à cobertura.**

2.1.3. **A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.**

2.1.4. **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.**

2.2. **Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente o seguro estará imediata e automaticamente cancelado.** Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

2.3. DATA DO EVENTO

2.3.1. Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, será considerada a data do Acidente Pessoal coberto.

2.4. DOCUMENTOS

2.4.1. Além dos documentos descritos no item **19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes Documentos Básicos:

- a) Radiografias originais (do órgão ou parte do corpo afetado), com laudo radiológico ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia;
- b) Laudo informando a data da alta médica definitiva do tratamento, com a descrição dos membros afetados e redução funcional de cada membro;
- c) Cópia da Carta de Concessão de aposentadoria.

2.4.2. A Seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames realizados por médico de sua indicação para confirmar a existência ou o grau de invalidez.

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

2.5. RATIFICAÇÃO

2.5.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

COBERTURAS ADICIONAIS

1. COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1.1. Garante ao Beneficiário a quitação ou amortização do saldo devedor da operação de crédito firmada pelo Segurado junto ao Estipulante, até o limite de Capital Segurado contratado, em caso de desemprego involuntário do Segurado com vínculo empregatício celetista, durante a vigência do seguro.

1.1.1. Para fins deste seguro, considera-se “**Desemprego Involuntário**” quando o trabalhador segurado ficar, comprovadamente, desempregado **por vontade e iniciativa do empregador, desde que a demissão não tenha sido por justa causa.**

1.1.2. Serão elegíveis todas as pessoas físicas, que possuam dívida contraída junto ao Estipulante, conforme limite de idade estabelecido nas Condições Gerais e que possuam vínculo empregatício, **com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis de Trabalho, que comprove, no mínimo, 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto no último vínculo para o mesmo empregador do setor privado, com jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.**

1.1.3. Se no decorrer da vigência do seguro o Segurado deixar a condição de empregado com carteira de trabalho assinada, em conformidade com a Consolidação das Leis de Trabalho, para assumir outro tipo de relação de trabalho, deve comunicar imediatamente à Seguradora para que seja realizada a exclusão da cobertura ou cancelamento do seguro.

1.2. RISCOS EXCLUÍDOS

1.2.1. Além das exclusões previstas no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do seguro, não haverá cobertura para:

- a) **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) **Campanhas de demissão em massa. Para fins desta cobertura, considera-se demissão em massa quando a empresa demite mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês ou período de 6 (seis) meses de um mesmo empregador;**
- c) **Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- d) **Demissões decorrentes de falência, recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;**
- e) **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**
- f) **Programas de Demissão Voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**
- g) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- h) **Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- i) **Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, companheiro, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados, sogros e primos;**
- j) **Funcionários e administradores com contrato de trabalho regido por estatuto;**
- k) **Rescisão do contrato de trabalho negociada entre segurado e seu empregador;**
- l) **Transferência entre empresas, decorrente de fusões, aquisições e/ou parceiras;**
- m) **Afastamento do trabalho por necessidade de cumprimento de serviço militar obrigatório e afastamento médico;**
- n) **Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte;**
- o) **Funcionários que possuam contrato de Trabalho por Prazo Determinado.**

1.3. CARÊNCIAS

1.3.1. Haverá carência de 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de início de vigência da cobertura.

1.4. FRANQUIAS

1.4.1. Haverá franquia de 31 (trinta e um) dias corridos, contados a partir da data de ocorrência do evento coberto.

1.4.2. O Segurado terá direito à indenização somente se continuar desempregado após o cumprimento do período de franquia.

1.5. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO

1.5.1. O âmbito territorial da cobertura é o território nacional.

1.6. CAPITAL SEGURADO

1.6.1. O Capital Segurado será equivalente a quantidade de parcelas da operação de crédito contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, acrescidas da margem percentual especificada na Proposta de Contratação e no Certificado de Seguro, para cobrir encargos contratuais e eventuais juros decorrentes das parcelas em atraso da operação de crédito, expresso em moeda nacional.

1.7. DATA DO EVENTO

1.7.1. Para efeito desta cobertura, considera-se como data do evento:

- a) **Em caso de cumprimento de aviso prévio:** o dia anterior à data da comunicação do aviso prévio pelo empregador ao empregado.
- b) **Em caso de dispensa do cumprimento de aviso prévio:** o dia anterior à data de desligamento do segurado.

1.8. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

1.8.1. Para efeito de indenização será considerada a quantidade de parcelas pendentes da operação de crédito firmada ao Estipulante, independentemente da situação da parcela, limitadas **ao Capital Segurado e ao valor do saldo devedor da operação de crédito na data do pagamento.**

1.8.2. A indenização será paga de uma única vez.

1.9. DOCUMENTOS

1.9.1. Além dos documentos previstos no **item 19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes Documentos Básicos:

- a) Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho (página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco).
- b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

1.10. REINTEGRAÇÃO

1.10.1. A reintegração do capital segurado desta cobertura é automática após a indenização, até o limite de três eventos por proposta. Após a indenização do terceiro evento, a cobertura será excluída da proposta automaticamente e não será possível realizar nova inclusão em caso de repactuação do seguro.

1.10.2. **Após o pagamento de indenização por Desemprego Involuntário (DI) o segurado deverá comprovar novo período de 365 dias de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador, para ter direito à outra indenização por desemprego involuntário, limitado ao número de eventos cobertos por proposta.**

1.11. RATIFICAÇÃO

1.11.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.

2. COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IFTA)

2.1. Garante ao Beneficiário a quitação ou amortização do saldo devedor da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, até o limite de Capital Segurado contratado, em caso de Acidente Pessoal, caracterizado nos termos do item 2.5 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do seguro, que comprovadamente impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

2.1.1. Para fins deste seguro, considera-se “Incapacidade Física Temporária por Acidente” aquela pela qual o segurado fique, comprovadamente, temporariamente, impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

2.1.2. Serão elegíveis todas as pessoas físicas, que possuam dívida contraída junto ao Estipulante conforme limite de idade estabelecido nas Condições Gerais e que estejam em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2.1.3. A cobertura somente será devida a partir do primeiro dia após o período da franquia do seguro.

2.2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.2.1. Além das exclusões previstas no item 3 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais do seguro, são exclusões específicas desta cobertura:

- a) **Lesão intencionalmente auto infligida pelo segurado;**
- b) **Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias não decorrentes de acidentes ou decorrentes de acidentes comprovadamente anteriores à contratação 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 degenerativas delas consequentes;**
- c) **Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**
- d) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- e) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente.**

2.3. FRANQUIAS

2.3.1. Haverá franquia de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de ocorrência do evento coberto.

2.3.2. O Segurado terá direito à indenização somente se continuar incapacitado após o cumprimento do período de franquia.

2.4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

2.4.1. O âmbito territorial da cobertura é o território nacional.

2.5. CAPITAL SEGURADO

2.5.1. O Capital Segurado será equivalente a quantidade de parcelas da operação de crédito contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, acrescida da margem percentual especificada na Proposta de Contratação e no Certificado de Seguro, para cobrir encargos contratuais e eventuais juros decorrentes das parcelas em atraso da operação de crédito, expresso em moeda nacional.

2.6. DATA DO EVENTO

2.6.1. Para efeito desta cobertura, será considerada a data do acidente que gerou a incapacidade física temporária.

2.7. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

2.7.1. Para efeito de indenização será considerada a quantidade definida de parcelas da operação de crédito firmada com o Estipulante, sendo consideradas as últimas parcelas pendentes independentemente da situação da parcela, limitadas **ao Capital Segurado e ao valor do saldo devedor da operação de crédito na data do pagamento.**

2.7.2. A indenização será paga de uma única vez.

2.8. DOCUMENTOS

2.8.1. Além dos documentos previstos no item **19 - DOCUMENTOS** das Condições Gerais, para esta cobertura poderão ser solicitados os seguintes Documentos Básicos:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária, original ou cópia simples;
- c) Documentos que comprovem o cargo público, tais como termo de nomeação e posse, declaração de acumulação ou não de cargo público, declaração de exercício, cargo e jornada de trabalho, comprovante de renda, entre outros;
- d) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - d.1) Última declaração do Imposto de Renda;
 - d.2) Recibo de Pagamento Autônomo;
 - d.3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - d.4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;

- d.5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do evento coberto;
- d.6) Certificado de Condição de Microempreendedor Individual (MEI);
- d.7) Declaração Comprobatória de Percepção de Rendimentos (Decore);
- d.8) Contrato de Prestação de Serviços.

2.9. REINTEGRAÇÃO

- 2.9.1. A reintegração do capital segurado desta cobertura é automática após a indenização, até o limite de 3 (três) eventos por proposta. **Após a indenização do terceiro evento, a cobertura será excluída da proposta automaticamente e não será possível realizar nova inclusão em caso de repactuação do seguro.**
- 2.9.2. **Após o pagamento de indenização por Incapacidade Física Temporária por Acidente, somente após 180 dias, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização de um novo evento de incapacidade física temporária por acidente, desde que não seja decorrente de acidente do evento anterior.**

2.10. RATIFICAÇÃO

- 2.10.1. Ficam mantidas as disposições constantes nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta cobertura.