

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. (atual denominação social da Santander Seguros S.A)., designada Seguradora, e o proponente, aqui designado segurado, contratam o **Seguro Prestamista Cheque Especial Protegido**, cujo estipulante é o **Banco Santander (Brasil) S/A**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES

A

Acidente Pessoal: é 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, invalidez ou a incapacidade física temporária do segurado. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Apólice Mestra: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante do seguro.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro com regular cobertura nas condições firmadas para o seguro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela seguradora na hipótese de ocorrência de sinistro, respeitado o limite de responsabilidade da seguradora.

Carência: é o período estabelecido nestas Condições Gerais, contado a partir da data de início de vigência do seguro, em que a seguradora não tem responsabilidade e não indenizará os eventos ocorridos neste período.

Certificado Individual: é o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente. Este documento informa as condições contratuais do seguro, garantias contratadas, capitais segurados, prêmios, vigência e beneficiários.

Cheque Especial: Cheque Especial é o produto financeiro contratado pelo segurado junto ao Estipulante, caracterizado por um limite de crédito rotativo disponibilizado na conta corrente do segurado, a fim de garantir provisão de fundos suficientes para efetivar

lançamentos a débito até o valor do limite estipulado, mediante condições pré-estabelecidas na **CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO**, firmada entre o Estipulante e o Segurado.

Coberturas: são as garantias contratadas pelo segurado e concedidas pela seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas condições gerais.

Compromisso Prévio: Para fins deste seguro, são os produtos financeiros contratados pelo segurado junto ao Estipulante, cujo saldo devedor, respeitado os limites estabelecidos nestas Condições Gerais, serão garantidos por este seguro, em caso de ocorrência de algum dos riscos cobertos.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.

Correntista: É o titular da conta corrente aberta junto ao Estipulante, que contrata o produto financeiro denominado Cheque Especial, sobre o qual recairá as coberturas destas Condições Gerais.

Co-Correntista: É o co-titular da conta corrente aberta junto ao Estipulante com o produto financeiro denominado Cheque Especial, sobre o qual também recairá as coberturas destas Condições Gerais.

D

Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes: são doenças, lesões, seqüelas, incapacidades, perdas funcionais ou autonômicas, contraídas, de conhecimento, manifestadas ou sofridas pelo segurado antes da contratação do seguro, não declaradas na proposta de adesão e que sejam de seu conhecimento.

Dolo: é o emprego de qualquer sugestão ou artifício com a intenção ou consciência de induzir ou manter o outro em erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo premeditado, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

E

Endosso: é o documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato de seguro, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro. Uma vez anexado às condições do seguro, o endosso prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros em nome dos segurados, representando-os perante a seguradora. Neste seguro, o estipulante é o **Banco Santander (Brasil) S.A., CNPJ: 90.400.888/0001-42.**

Evento coberto: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nas Condições Gerais, passível de acarretar obrigações pecuniárias à seguradora, em favor do segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

F

Franquia: é o período de tempo, estabelecido nestas Condições Gerais, contado a partir da data de ocorrência do sinistro em que, caracterizada a cobertura do seguro, não haverá indenização.

G

Garantias: é a definição genérica utilizada para designar as responsabilidades pelos riscos assumidos pela seguradora, também empregada como sinônimo de cobertura.

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice de seguro.

Grupo Segurável: é constituído pelas pessoas físicas correntistas e co-correntistas de contas correntes vinculadas ao estipulante, **Banco Santander (Brasil) S/A**, em razão de compromisso prévio assumido em contrato, respeitado o limite mínimo de idade, estabelecido nestas Condições Gerais.

I

Indenização: é o valor a ser pago pela seguradora na ocorrência de sinistro coberto, limitada ao valor do capital segurado contratado.

Invalidez Permanente Total por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de membro ou órgão, conseqüente de acidente pessoal, conforme estas Condições Gerais..

M

Médico: é o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Para efeitos destas Condições Gerais, não serão aceitos como médico, o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Médico Assistente: é o médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência contínua.

P

Prêmio: é o valor a ser pago à seguradora para custeio do seguro, em contraprestação às garantias contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um determinado direito de ação para reclamar direitos, obrigações, extinção das obrigações previstas nestas Condições Gerais, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: é o interessado em contratar as coberturas previstas neste seguro.

Proposta de Adesão: é o documento com a 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, relativa às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo. Neste seguro, a proposta de adesão é parte integrante do compromisso prévio firmado com o estipulante.

R

Repartição Simples: é o regime financeiro, no qual, o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado, é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, é o chamado “regime de caixa”, não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

Risco coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, o qual será assumido pela seguradora mediante o pagamento do prêmio, desde que previsto nas condições gerais do seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais do seguro, que não serão cobertos pelo seguro.

Risco Individual: é o risco coberto para apenas um segurado.

S

Saldo Devedor: é o valor do débito que o segurado possui com o estipulante no Cheque Especial, apurado ao final do dia da ocorrência do sinistro, acrescido de eventuais multas e correção monetária geradas antes ou após a ocorrência do evento coberto, limitado ao Capital Segurado contratado para a respectiva cobertura estabelecido no Certificado Individual e nestas Condições Gerais.

Segurado: é a pessoa natural correntista ou co-correntista de conta corrente vinculada ao Estipulante, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, depois que a proposta de adesão for regularmente aceita pela seguradora.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, a qual garante os riscos especificados nestas Condições Gerais, aqui, a **Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. (atual denominação social da Santander Seguros S.A.)**.

Sinistro: é a ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

V

Vigência do Seguro: é o prazo de duração da apólice mestra emitida em favor do Estipulante.

Vigência do seguro individual: é o prazo de duração do seguro contratado, para cada Segurado, expresso no certificado individual.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao beneficiário, durante a vigência deste seguro, o pagamento de indenização, limitada ao capital segurado contratado para cada cobertura, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas do seguro, respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas a seguir não podem ser contratadas isoladamente:

3.2. Cobertura Básica - Morte: garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, equivalente ao saldo devedor apurado na data do sinistro, limitado a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), relativo ao débito do segurado no Cheque Especial contratado junto ao Estipulante, na ocorrência de morte do segurado por causas naturais ou acidentais ocorridas na vigência do seguro, respeitado o período de carência, estabelecido na cláusula **18, exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.2.1 Para efeito de data do sinistro, será considerada a data do falecimento do segurado.

3.2.2 No caso de morte acidental, somente estarão cobertos os sinistros decorrentes de acidentes ocorridos durante a vigência do seguro individual.

3.2.3. Se a Morte ocorrer com o segurado co-correntista, o segurado correntista e os demais co-correntistas, se houverem, poderão manter-se na apólice com esta cobertura.

3.3. Cobertura Adicional

3.3.1 Invalidez Permanente Total por Acidente: garante ao beneficiário o pagamento integral do capital segurado contratado para esta cobertura, equivalente ao saldo devedor apurado na data do sinistro, limitado a R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), relativo ao débito do segurado no Cheque Especial contratado junto ao Estipulante, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, **exceto se**



o acidente for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3.1.1 Será devida a cobertura securitária após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, sendo constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal ocorrido na vigência do seguro, que resulte na:

- 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 um dos pés;
- g. perda total do uso de ambos os pés; e
- h. alienação mental decorrente de acidente.
- i. Nefrectomia Bilateral

3.3.1.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

3.3.1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.3.1.4. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.3.1.4.1. A junta médica será 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.

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

3.3.1.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização não será devida.

3.3.1.6. Nos casos não especificados na tabela do item 3.3.1.1, a indenização será estabelecida tomando-se por base a incapacidade física permanente do segurado, independentemente de sua profissão.

3.3.1.7. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez permanente total de mais de um membro ou órgão, a indenização total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta garantia.

3.3.1.8. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

3.3.1.9. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez.

3.3.1.9.1. Se a Invalidez Permanente Total por Acidente ocorrer com o segurado correntista, com o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme cláusula 11.

3.3.1.9.2. Se a Invalidez Permanente Total por Acidente ocorrer com o segurado co-correntista, o segurado correntista e os demais co-correntistas, se houverem, poderão manter-se na apólice com esta cobertura.

3.3.1.10. Para efeito de data do sinistro, será considerada a data do acidente.

3.3.1.11. Se, depois de paga a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado em conseqüência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará os eventos ocorridos em conseqüência:

a) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

b) de doenças, lesões, acidentes ou seqüelas preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do segurado e/ou estipulante;



- c) de suicídio ou a tentativa de suicídio, se ocorridos nos primeiros dois anos de vigência inicial do seguro;**
- d) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes;**
- e) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se conseqüente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- f) da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título.**
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias declaradas por órgão competente;**
- h) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**

4.2. Estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente e, portanto, a seguradora não indenizará nesta cobertura, os eventos ocorridos em conseqüência:

- a) de lesões, acidentes, traumas, seqüelas ou doenças preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do segurado e/ou estipulante;**
- b) das 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 médica-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- c) de 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 as embolias resultantes de ferimentos visíveis;

d) de intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como das intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

f) das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;

g) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picadas de insetos;

h) de envenenamento coletivo.

i) de tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem controle da natalidade;

j) de cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;

k). de tratamento estético e de tratamento para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

l). de anomalias congênitas e doenças psiquiátricas e mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;

m. de tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em conseqüência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;

n. do período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, ainda que a necessidade do tratamento decorra de acidente coberto;

4.3. Não haverá pagamento de indenização, caso haja a resolução do compromisso prévio firmado junto ao Estipulante, ou refinanciamento da dívida junto ao Estipulante.

4.3.1. A resolução ou refinanciamento do contrato de Cheque Especial, extingue a relação contratual entre o Segurado, Estipulante e a Seguradora, no que se refere a direitos e obrigações do presente seguro.

4.3.2. O refinanciamento do contrato de Cheque Especial firmado junto ao estipulante, pressupõe a extinção do contrato atual protegido por este seguro e a criação de um novo contrato de Cheque Especial.

4.3.2.1. Para cobertura do compromisso assumido no novo contrato de Cheque Especial, o contratante deverá contratar novo seguro.

4.3.3. Caso haja pagamento do prêmio relativo a este seguro, após a resolução ou cessão do compromisso prévio firmado junto ao estipulante, ou refinanciamento da dívida junto ao estipulante, o valor do prêmio será devolvido devidamente corrigido.

4.4. Não compõe o valor da indenização e não está coberto pelo seguro:

a. valores que ultrapassem o capital segurado, conforme estabelecido nestas Condições Gerais;

5. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

5.1. Os componentes do grupo segurável poderão ser incluídos no seguro, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão ao seguro, que poderá fazer parte do compromisso prévio da obrigação assumida com o estipulante/beneficiário, pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros, bem como, após a entrega de todos os documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

5.1.1. A seguradora fornecerá ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, o protocolo de recebimento da proposta de adesão, contendo a data e hora do recebimento da mesma.

5.1.2 A idade mínima admitida para ingresso no seguro será de 16 (dezesseis) anos completos, desde que assistido por seu representante legal, nos termos do Código Civil. O proponente deverá se encontrar em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

5.2. A partir do recebimento da proposta de adesão ao seguro pela seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a seguradora manifestar-se sobre a proposta.

5.2.1. O simples recebimento do prêmio não implica em aceitação do seguro por parte da seguradora.

5.2.2. A não manifestação formal da seguradora com relação à proposta implicará em aceitação do risco.

5.2.3. A solicitação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez, durante o prazo previsto no item **5.2.**.

5.2.4. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no item **5.2.** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação.

5.2.5. A cada segurado incluído no seguro será enviado um certificado individual de seguro. O prazo para emissão do certificado individual é de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão.

5.2.6. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo previsto no item **5.2.**, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da seguradora, a indenização devida será paga.

5.3. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias previsto no item **5.2.**, comunicar por escrito o proponente, seu representante legal, ou corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item **5.2.**

5.4. Será facultado ao segurado o direito de arrependimento da contratação deste seguro, no prazo de 7 (sete) dias a contar de seu início de vigência.

5.4.1. Nesta hipótese serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, devidamente corrigidos conforme cláusula 11.

5.5. As condições gerais do seguro estarão à disposição do proponente, ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro.

6. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL

6.1. O seguro individual vigorará pelo prazo do compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante, estabelecido no Contrato de Seguro, com início e término de vigência, às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no certificado individual, desde que preenchida a proposta de adesão e aceito o risco pela seguradora.

6.1.1. Os contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;

6.1.2. Os contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência do seguro a partir da data de recepção da proposta de adesão pela seguradora;

6.1.3. O segurado poderá solicitar o cancelamento do seguro a qualquer momento mediante aviso à Seguradora, hipótese em que receberá a devolução proporcional do prêmio pago, correspondente ao período entre a data do cancelamento e o período restante para o término de vigência do seguro individual.

6.1.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

6.1.5. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da apólice mestra.

6.2. Não haverá renovação do seguro individual, já que a vigência deste seguro está vinculada à vigência do contrato relativo ao compromisso prévio assumido pelo segurado junto ao estipulante.

6.3. O seguro será extinto nas seguintes situações:

a) com a morte do segurado;

b) com o refinanciamento do compromisso prévio da obrigação assumida com o estipulante/beneficiário;

c) por solicitação do segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 15 (quinze) dias, no mínimo;

d) se o prêmio de seguro não for pago na data estabelecida;

e) se o segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação, ou no conhecimento exato e caracterização do risco;

f) na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;

g) com o cancelamento, mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre o estipulante e a seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo segurado;

h) mediante acordo entre as partes contratantes;

i) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, e desde que o estipulante não permita a manutenção do segurado no plano;

6.3.1. Com o cancelamento do seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas 'e' e 'f' acima, implicará na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização;

7. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DA APÓLICE

7.1. A apólice vigorará pelo prazo de 5 (cinco) anos, contados da data de sua contratação, sendo renovada automaticamente ao final do período, limitado a uma renovação automática.

7.2. As renovações posteriores da apólice coletiva serão feitas de forma expressa entre o estipulante e a seguradora, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

7.2.1. Caso haja na renovação da apólice coletiva, alteração da apólice que implique em ônus ou dever dos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.2.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.2.3. 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 da apólice.

7.2.4. Terminada a vigência da apólice, esta poderá ou não ser renovada pela seguradora ou estipulante, mediante aviso prévio e expresso de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

7.2.5. No caso de não renovação da apólice coletiva, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo estipulante e pela seguradora, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

7.3. A apólice será extinta nas seguintes situações:

a) a qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

b) pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas condições gerais;

c) se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice.

7.4. Extinto o seguro, as coberturas só poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de contratação e análise de aceitação por parte da seguradora.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) para morte decorrente de causas naturais, a data da morte;

b) para morte decorrente de acidente pessoal ou invalidez permanente total por acidente, a data do acidente;

8.2. O capital segurado será determinado em função do débito que o segurado possuir no Cheque Especial contratado junto ao estipulante, apurado ao final do dia do sinistro, respeitado o limite de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) nos casos de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente

9. PAGAMENTO DE PRÊMIO

9.1. O custeio do seguro poderá ser contributário ou não contributário, conforme definido no Contrato de Seguro.

9.2. A periodicidade de pagamento do prêmio será definido no Certificado Individual de Seguro, sendo de responsabilidade do Estipulante o repasse do prêmio recolhido do segurado à seguradora.

9.3. Caso a data limite para pagamento do prêmio caia em fim de semana ou feriado bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia útil subsequente.

9.3.1. Na ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização não estará prejudicado.

9.4. Para este seguro não está previsto alteração dos prêmios pela faixa etária do segurado.

9.5. O não repasse dos prêmios por parte do estipulante à seguradora, no prazo estabelecido, desde que não caracterizada a inadimplência do segurado, não consistirá em motivo para o cancelamento do seguro individual, ficando o estipulante sujeito às cominações legais.

9.6. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

9.7. A falta de pagamento do prêmio após a data do vencimento não acarretará a suspensão automática das coberturas e conseqüentemente não haverá reabilitação.

9.7.1. A ausência de fundos na conta bancária indicada pelo segurado para que seja processada a cobrança automática do prêmio na data do vencimento do mesmo, caracterizará o cancelamento do seguro, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança e conseqüentemente, não haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de vigência do Certificado Individual.

9.7.2. Este seguro não prevê prazo de tolerância para quitação do prêmio em atraso.

9.8. A falta de pagamento do prêmio acarretará o cancelamento automático do seguro.

10. APURAÇÃO DO SALDO DEVEDOR

10.1. Para fins de pagamento da indenização, o Saldo Devedor do segurado junto ao Estipulante será apurado no final do dia da data da ocorrência do sinistro e será limitado ao Capital Segurado contratado para a respectiva cobertura estabelecido no Certificado Individual e nestas Condições Gerais.

10.2. O valor do prêmio do seguro será calculado com base no Saldo Devedor Médio do Cheque Especial utilizado no mês.

11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

11.1. As obrigações pecuniárias do seguro, listadas nestas Condições Gerais, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas.

11.1.1. A atualização monetária das obrigações pecuniárias será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

11.1.2. No caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, os valores serão devolvidos, devidamente atualizados, no prazo de 10 (dez) dias corridos, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

11.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela seguradora, que é a data de exigibilidade.

11.1.4. No caso de cancelamento do seguro, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

11.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto na cláusula **15**, item **15.1.5.**, destas condições gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento, conforme cláusula **8**.

11.2. Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:

11.2.1. Do capital segurado, uma vez que corresponde ao saldo devedor líquido de juros, apurado na data do sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso prévio assumido pelo segurado junto ao estipulante/beneficiário e informado mensalmente pelo Estipulante à seguradora, para cálculo do prêmio mensal.

11.2.2. Do prêmio, pois este será apurado pela média de utilização do Cheque Especial no período de cobertura do seguro.

11.3. No caso de extinção do índice estabelecido nestas Condições Gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE – Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo.

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

12. RECÁLCULO MENSAL DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

12.1. Por se tratar de seguro cuja finalidade é garantir a quitação do saldo devedor apurado na data do sinistro, o capital segurado será recalculado mensalmente em razão do Saldo Devedor do segurado junto ao estipulante/beneficiário.

12.2. O prêmio do seguro será recalculado mensalmente em razão do Saldo Devedor Médio do segurado junto ao estipulante/beneficiário.

13. JUROS DE MORA

13.1. O não-cumprimento das obrigações pela seguradora e pelo segurado ora previstas, os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista na cláusula **11**.

13.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

13.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

14. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

14.1. O beneficiário do seguro será sempre o Estipulante, que receberá o valor do Saldo Devedor do compromisso prévio assumido pelo segurado, referente às coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente.

14.1.1. O valor da indenização será pago por meio de depósito na Conta Corrente do Segurado, independentemente do saldo devedor ou credor no dia do crédito da indenização.

14.1.2. Se a conta corrente do segurado estiver encerrada ou se por qualquer razão não for possível efetivar o pagamento do saldo devedor na conta corrente do segurado, a indenização será paga aos herdeiros do segurado, conforme legislação em vigor.

14.2. No caso de suicídio, nos primeiros dois anos de vigência inicial do seguro, o beneficiário não terá direito ao capital segurado.

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

15.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este seguro, os herdeiros do segurado obrigam-se, sob pena de perder o direito à indenização a ser paga ao estipulante:

15.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à seguradora pelas vias mais rápidas ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e entrega do formulário denominado “Aviso de Sinistro”.

15.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação disposta no item **15.4** destas condições gerais.

15.1.3. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

15.1.4. Além dos documentos citados no item **15.4.** destas condições gerais, para cada garantia, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

15.1.5. O prazo máximo para apreciação dos documentos básicos previstos no subitem **15.4** e para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a seguradora receber os documentos básicos para a comprovação do evento coberto, nos termos destas condições gerais.

15.1.6. Será suspensa a contagem do prazo, no caso de solicitação de nova documentação complementar, voltando a correr o prazo a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada, conforme previsto no item **15.1.4.**

15.1.7. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item **15.1.5.**, implicará na aplicação de juros de mora, de acordo com a cláusula **13**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com a cláusula **11**.

15.2. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

15.3. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

15.4. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

Legendas

MN – Morte Natural

MA – Morte Acidental

IPA – Invalidez Permanente Total por Acidente

DOCUMENTOS PRINCIPAIS	MN	MA	IPTA
Formulário Original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido e com firma reconhecida do médico assistente	X	X	X
Cópia Autenticada do RG do segurado sinistrado	X	X	X
Cópia Autenticada do CPF do segurado sinistrado	X	X	X
Cópia Autenticada da Certidão de Óbito	X	X	X
Cópia Autenticada da Certidão de Nascimento	X	X	X
Cópia Autenticada da Certidão de Casamento atualizada pós-óbito	X	X	X

Cópia Simples do Comprovante de endereço (do segurado sinistrado)	X	X	X
Cópia Autenticada da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou)		X	X
Boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na Residência	X	X	
Cópia Autenticada do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa)		X	X
Cópia Autenticada (quando houver) Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal	X	X	
Cópia Autenticada do Laudo de serviços de verificação de óbito (se a morte ocorreu em domicílio ou de causa desconhecida)	X		
Cópia Autenticada dos Laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal	X		
Cópia Autenticada do Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver)		X	X
Cópia Autenticada do Laudo do exame toxicológico		X	X
Cópia Simples do contrato da operação de crédito e seus aditivos.	X	X	X
Cópia Simples do Comprovante de Liquidação do Saldo Devedor (se houver)	X	X	X

16. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

16.1. Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nestas condições gerais.

16.2. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas a este seguro.

16.3. Informar mensalmente à seguradora a relação individual dos segurados elegíveis ao seguro e seus respectivos capitais segurados.

16.4. Repassar o prêmio recolhido do segurado à seguradora, nos prazos determinados como data de vencimento.

16.5. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice.

16.6. Discriminar a razão social da seguradora, nos documentos e comunicações referentes aos seguros, objeto destas Condições Gerais.

16.7. Avisar a seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro.

16.8. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

16.9. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

16.10. É expressamente vedado ao estipulante:

16.10.1. Cobrar dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora.

16.10.2. Rescindir o seguro sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16.10.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.

16.10.4. Vincular a contratação do seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17.2. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

17.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível ou restringir a cobertura contratada.

17.2.1.2. Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

b) 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.

17.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização e deduzir do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

17.3. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade 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.

17.3.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

18. CARÊNCIA

18.1. O prazo de carência no caso de suicídio ou sua tentativa, será de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência do seguro individual.

19. DISPOSIÇÕES GERAIS

19.1. Seguro garantido pela Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. (atual denominação social da Santander Seguros S.A), CNPJ 87.376.109/0001-06, processo Susep nº. 15414.002355/2012-91.

19.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte desta Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

19.3. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

19.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de sua corretora de seguros **nomecorretora**, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP nº **númeroregistro**, denominação social ou CNPJ **númerocnpj**.

19.5. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas condições gerais.

19.6. Na hipótese de rescisão do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19.7. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

Para maiores informações, consulte as Condições Gerais do seguro disponíveis no site www.santander.com.br.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. O direito do segurado e/ou beneficiário em pleitear indenização junto à seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos previstos em lei.

21. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

21.1. O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre ou território nacional, sendo os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., (atual denominação social da Santander Seguros S.A).

22. FORO

22.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o segurado, beneficiário e a seguradora, será sempre o foro de domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.
(atual denominação social da Santander Seguros S.A.)
CNPJ: 87.376.109/0001-06