



SEGURO PRESTAMISTA

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.631508/2023-64
CNPJ: 87.376.109/0001-06

 Santander

Seguro Prestamista

Condições Gerais

Versão 2

PROCESSO SUSEP NO 15414.631508/2023-64

CNPJ: 87.376.109/0001-06



ÍNDICE

- 1.** DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO
Pág. 5
- 2.** OBJETIVO DO SEGURO
Pág. 9
- 3.** COBERTURAS DO SEGURO
Pág. 9
- 4.** RISCOS EXCLUÍDOS
Pág. 9
- 5.** ACEITAÇÃO E ADESÃO AO SEGURO (PROPONENTE)
Pág. 11
- 6.** CARÊNCIA E FRANQUIA
Pág. 12
- 7.** VIGÊNCIA DO SEGURO
Pág. 13
- 8.** RENOVAÇÃO
Pág. 13
- 9.** ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS
Pág. 13
- 10.** AGRAVAMENTO DO RISCO
Pág. 14
- 11.** CAPITAL SEGURADO
Pág. 14
- 12.** GRUPO SEGURÁVEL
Pág. 14
- 13.** BENEFICIÁRIO DO SEGURO
Pág. 14
- 14.** PAGAMENTO SO SEGURO
Pág. 14
- 15.** FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO
Pág. 15
- 16.** CANCELAMENTO DO SEGURO
Pág. 16
- 17.** ATUALIZAÇÃO DO SEGURO
Pág. 19

- 18.** JUROS DE MORA E MULTA
Pág. 19
- 19.** REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO
Pág. 19
- 20.** JUNTA MÉDICA
Pág. 21
- 21.** PERÍCIA DA SEGURADORA
Pág. 21
- 22.** PERDA DE DIREITOS
Pág. 21
- 23.** OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE
Pág. 22
- 24.** PRESCRIÇÃO
Pág. 23
- 25.** FORO
Pág. 23
- 26.** COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA
Pág. 23
- 27.** COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE
Pág. 26
- 28.** COBERTURA DE PERDA DE RENDA
Pág. 29
- 29.** CUSTEIO DO SEGURO
Pág. 34
- 30.** SUB-ROGAÇÃO
Pág. 34
- 31.** TRIBUTOS
Pág. 34
- 32.** TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS
Pág. 35
- 33.** DISPOSIÇÕES GERAIS
Pág. 35

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. designada Seguradora disponibiliza o **Seguro Prestamista**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

Acidente pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

a.1. o suicídio voluntário ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou de influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

a.3. os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores, exceto se decorrer de acidente de atividade laboral;

a.4. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b. excluem-se desse conceito:

b.1. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e

b.3. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; exceto se da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

b.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido em acidente pessoal.

Aceitação: é a Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

Apólice de Seguro: é o documento emitido pela Seguradora, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, que formaliza a cobertura solicitada pelo Estipulante do seguro, em favor do grupo segurado.

Autônomos e profissionais liberais: para fins deste seguro, serão considerados como profissionais liberais e autônomos,

aqueles que possam comprovar que recebem pagamentos por prestação de serviço sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos. A comprovação da atividade autônomo/liberal será feita pela GRPS (Guia de Recolhimento da Previdência Social), RPA (Recibo de Pagamento a Autônomo) e o Imposto de Renda.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um evento passível de cobertura, que o Segurado é obrigado a fazer a Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a Indenização em caso de Sinistro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora na ocorrência de um evento coberto.

Carência: Período ininterrupto contado da data do início de vigência do certificado individual do Seguro ou do aumento do capital durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.

Certificado de Seguro: documento que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva.

Coberturas do Seguro: é o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Proposta e Certificado de Seguros.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual de Seguro.

Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de Seguro.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato Coletivo: é o Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: profissional habilitado, pessoa jurídica, autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

Culpa: conduta negligente ou imprudente, sem propósito de lesar, mas da qual proveio dano ou ofensa a outrem.

D

Data do Evento: data da ocorrência do evento/risco coberto.

Declaração Pessoal de Saúde: é o documento integrante da Proposta de Adesão, contendo informações prestadas pelo Proponente e que diz respeito as suas condições de saúde atuais e pregressas, que serão consideradas pela Seguradora na avaliação da aceitação do Seguro.

Desemprego Involuntário: é a rescisão do contrato de trabalho por parte e vontade única e exclusiva do empregador, sem justa causa, desde que não seja decorrente de Programas de Demissão Voluntária (PDV) ou de outras formas de desligamento não cobertas, estabelecidas nestas Condições Gerais.

Despesas de Contratação: são despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

Doenças, Lesões, Sequelas e Acidentes preexistentes: são doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, de seu conhecimento e que tenham sido voluntariamente omitidas, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente de seu estado de saúde.

Doença preexistente: é qualquer condição de saúde ou doença que uma pessoa tem conhecimento antes de contratar o Seguro. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

Dolo: Má-fé. Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

E

Endosso: documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

Estipulante: o estipulante é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído destas Condições Gerais do seguro.

F

Franquia: é o período, contado a partir da data de ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá cobertura do seguro.

G

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

Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

I

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro, respeitando o Limite Máximo de Indenização da respectiva cobertura vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

Interesse legítimo: vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo. "

L

Limite da Conta: Limite da Conta é a obrigação financeira contratada 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.

Liquidação de Sinistro: etapa de apuração do valor devido e realização do pagamento da indenização relativa ao sinistro.

M

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médicos Assistentes, o próprio Segurado, os parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

O

Obrigaçāo: compromisso contratual assumido por uma das partes, seja o segurador, o segurado, o estipulante ou o beneficiário, de cumprir determinada prestação ou conduta.

P

Parcela: corresponde ao valor pago ou a ser pago pelo Segurado ao Estipulante, com periodicidade definida, para amortização da obrigação assumida em razão do contrato prévio firmado com o Estipulante.

Parcelas Vencidas: são as parcelas com data de vencimento anterior à data de ocorrência do sinistro ou com vencimento durante o período da franquia.

Parcelas Vincendas: são as parcelas com data de vencimento posterior à data de ocorrência do sinistro.

Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora pelo Segurado ou Estipulante para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer determinado direito de ação para reclamar direitos, obrigações ou extinção das obrigações previstas no Contrato de Seguro, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: pessoa física ou jurídica que propõe oferta ou adesão de seguro.

Proposta de Adesão: é o documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o potencial segurado ou Estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento do Contrato e suas as Condições Gerais.

R

Regulação de Sinistro: é o conjunto de procedimentos realizados pela seguradora após a ocorrência de um evento avisado, com o objetivo de apurar a existência de cobertura, assim como suas causas, circunstâncias e a extensão dos danos, bem como quantificar o valor a ser indenizado, conforme as condições acordadas no contrato de seguro.

Renovação: a continuidade da Cobertura do Seguro, por meio da emissão de nova Apólice e/ou Certificado Individual.

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, não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Risco: é o evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

S

Saldo Devedor: é o valor presente das parcelas vencidas e vincendas da operação financeira realizada pelo Devedor junto ao Credor, apurado na data do sinistro.

Segurado: é a pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, que garante os riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: ocorrência do risco coberto, e não excluído durante o período de vigência do seguro.

Suicídio Voluntário: é o ato de tirar voluntariamente a própria vida.

SUSEP: é a Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável por fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

T

Trabalhador Formal: é aquele que mantém vínculo empregatício formal com pessoa jurídica e/ou física, por meio de contrato de trabalho registrado em carteira profissional (CTPS) no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas.

V

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual estará em vigor o contrato de seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O Seguro Prestamista tem por objetivo o pagamento total ou parcial da obrigação assumida pelo Segurado junto ao Estipulante, no caso de sinistro coberto nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado, desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, das condições especiais e do contrato de seguro, respeitando os riscos excluídos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Este seguro é composto por coberturas básicas e adicionais.

3.2. A cobertura básica é de contratação obrigatória e as coberturas adicionais poderão ser contratadas de acordo com as conjugações de planos disponibilizadas pela Seguradora.

3.2.1. Cobertura Básica

- a) Morte Qualquer Causa - MQC

3.2.2. Coberturas Adicionais

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.
- b) Perda de Renda decorrente de desemprego ou Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente.

3.3. A definição de cada uma das coberturas acima, seus objetivos, riscos excluídos, capital segurado e demais disposições estão determinados nas condições especiais correspondentes à cada uma das coberturas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro e, portanto, a Seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência:

- a) de lesões, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes no momento da contratação do presente seguro, que não foram voluntariamente declarados na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado;
- b) de atos ilícitos ou provocação dolosa de sinistro, observada a hipótese prevista no item “d”, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora;
- c) da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive 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;
- d) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: do início de vigência individual do seguro; ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/ Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes;
- f) 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 consequentes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier de atividades laborais do Segurado, 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;
- h) de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- i) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem, assim declaradas por órgão público competente;

- j) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos ou provocação dolosa praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.
- k) invalidez temporária do Segurado, despesas médicas, diárias hospitalares em geral, encargos de farmácia, honorários para intervenções cirúrgicas, despesas de remoção e correlatas;
- l) danos estéticos ou eventos que tenham relação com cirurgias plásticas, tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em qualquer modalidade, exceto obesidade classificada como mórbida;
- m) tratamentos experimentais ou tratamentos não reconhecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde;
- n) uso de remédios e/ou substâncias experimentais ou não reconhecidas pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para tratamento de doença ou acidente de qualquer natureza;
- o) automutilações.

5. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO SEGURO

5.1. A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver, de acordo com regras de devolução definidas no item 16 Cancelamento.

5.2. A Proposta de Adesão ao Seguro se formalizará após a sua assinatura e a sua submissão à Seguradora, por meio físico ou remoto, pelo potencial segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, após conhecimento das condições contratuais.

5.3. Na contratação do seguro, o potencial Segurado individual poderá, em até 07 (sete) dias corridos da data da contratação, desistir de sua contratação, mediante manifestação formal enviada à Seguradora através dos canais disponibilizados para esse fim.

5.3.1. Nessa hipótese, tendo sido oferecida cobertura provisória com cobrança de prêmio, este será devolvido na forma prevista no 5.4.7 dessas Condições Gerais.

5.4. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora devendo o potencial Segurado atender aos critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

5.4.1. Poderão ser feitas exigências para aceitação dos riscos, incluindo a Declaração Pessoal ou prova de saúde. A Seguradora poderá exigir informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

5.4.2. O recebimento do prêmio de Seguro não implica aceitação do Seguro por parte da Seguradora.

5.4.3. A partir do recebimento da proposta de adesão pela Seguradora, a seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para a manifestação sobre a aceitação ou recusa da proposta.

5.4.4. Durante o período de avaliação do risco, a seguradora poderá solicitar documentos e exames periciais complementares para análise do Risco. Nessa hipótese, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise será interrompido, e terá novo início na data da entrega de toda documentação à Seguradora.

5.4.5. Na hipótese de ocorrência de evento coberto, estando vigente a cobertura provisória através de pagamento do Prêmio, a seguradora seguirá com a regulação do sinistro, nos termos estabelecidos nestas condições gerais.

5.4.6. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, neste prazo, comunicar formalmente ao potencial segurado, ou seu representante legal ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa.

5.4.7. Caso tenha ocorrido pagamento de prêmio referente à cobertura provisória e tenha sido negada a aceitação do risco, o prêmio de cobertura provisória será restituído ao potencial segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, o valor deduzido conforme a tabela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória. Neste caso, o potencial Segurado terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

5.5. O potencial segurado, seu representante legal ou corretor de seguros será cientificado com antecedência sobre o conteúdo do contrato.

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

5.7. Após a emissão ou eventual alteração do seguro, será enviado o certificado individual de seguro. A qualquer momento, o Segurado poderá solicitar a segunda via do documento.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Poderão ser aplicadas franquias e carências às coberturas contratadas, cujas informações estarão previstas no certificado individual do seguro.

6.2. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice, e será contado a partir do início de vigência individual.

6.3. Durante o período de carência, em caso de ocorrência de sinistros cuja cobertura esteja abrangida nesse período, haverá devolução do respectivo prêmio pago.

6.4. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não será aplicada carência.

6.5. Nos casos de suicídio voluntário ocorrida nos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados, da data de adesão ao seguro, o beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado.

6.6. Caso o segurado solicitar, durante a vigência do seguro, o aumento do capital segurado, o montante correspondente ao acréscimo ficará sujeito a novo período de carência de 2 (dois) anos, contados da data da aceitação do pedido de aumento para seguradora. Ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento. É vedada a fixação de novo prazo de carência, após renovação ou substituições do contrato com outra seguradora.

7. VIGÊNCIA DO SEGURO

7.1. O Seguro individual vigorará pelo prazo do contrato firmado com o estipulante, referente à obrigação financeira, sendo que, em caso de extinção antecipada da obrigação, o Seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada. Se for o caso, poderá haver devolução do prêmio, referente ao período a decorrer, que o risco não esteve vigente.

7.1.1. A Apólice coletiva vigorará pelo prazo de 5 (vinte) anos, com início de vigência às 00:00 (zero) horas da data de início de vigência e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Contrato.

7.2. Para os potenciais segurados que vierem a aderir ao seguro, com início de vigência às 00:00 (zero) horas da data de início de vigência e término de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

7.2.1. Para as propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou de data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.2.2. As propostas de adesão recepcionadas com adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio terão cobertura provisória a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, sem prejuízo do direito da seguradora de não aceitar o Seguro no prazo de análise da proposta.

7.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual, se esta não for renovada.

7.4. Em caso de aditamento/renegociação da obrigação financeira a vigência do Seguro respeitará o prazo do contrato inicial.

8. RENOVAÇÃO

O Seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante/Segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao final da vigência do seguro, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

8.2. No caso de não renovação da apólice de Seguro junto ao estipulante, as condições contratuais terão sua vigência estendida pela Seguradora até a extinção de todos certificados individuais.

8.3. A cada renovação serão emitidos uma nova apólice de Seguro e um novo certificado individual de Seguro pela Seguradora.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

9.1 O âmbito geográfico das coberturas está determinado nas condições especiais, em cada uma das cobertura.

10. AGRAVAMENTO DO RISCO

10.1. A Seguradora poderá, a seu exclusivo critério, diante da comunicação de agravamento relevante do risco, cobrar diferença de prêmio ou, se tecnicamente inviável a manutenção da cobertura, cancelar o seguro, mediante notificação ao Segurado e/ou Estipulante, conforme disposto na lei vigente.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Este Seguro vigorará sob a modalidade de capital segurado vinculado, no qual, inicialmente, o valor da cobertura corresponderá ao valor da operação financeira contratada e, na medida em que o saldo devedor for amortizado, o capital segurado será reajustado em mesma proporção, exclusivamente em movimento de redução da garantia contratada.

11.2. A majoração do saldo devedor não implica, sob nenhuma hipótese, em aumento do capital segurado, prevalecendo exclusivamente o critério de amortização para caracterização do capital segurado vinculado.

11.3. Para fins indenizatórios, considera-se devido o capital segurado vinculado vigente na data de ocorrência do sinistro. O(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), bem como sua descrição, constará(ão) na proposta de adesão e no certificado individual do seguro.

11.4. O capital segurado está diretamente ligado ao valor da dívida ou da obrigação financeira assumida pelo Segurado junto ao Estipulante.

11.5. O Capital Segurado será pago ao beneficiário, respeitando-se as regras descritas no item 13– Beneficiário do Seguro.

12. GRUPO SEGURÁVEL

12.1. São consideradas seguráveis do Seguro em referência as pessoas físicas (AVALIAR SE É UM PRODUTO PF OU PJ) que convencionaram pagar prestações ao Estipulante para amortizar a dívida da obrigação contraída ou para atender ao compromisso financeiro assumido.

13. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

13.1. O beneficiário do Seguro será sempre o Estipulante, para recebimento da indenização com o intuito de quitação integral ou parcial do saldo devedor, referente à obrigação contratada pelo Segurado, trazido a valor presente, descontando eventuais encargos e multas.

13.2. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no Seguro Prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, de acordo com a cobertura.

13.2.1. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14. PAGAMENTO DO SEGURO

14.1. O prêmio do Seguro poderá ser pago em parcela única, mensal, anual ou fracionado, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro.

14.2. O prêmio do Seguro poderá ser pago à vista na operação financeira ou em outra forma de cobrança disponibilizada pela Seguradora.

14.3. A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do Seguro serão indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

14.4. Se a data para o pagamento do prêmio do Seguro à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

14.4.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Estipulante ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

14.5. Na ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que ele tenha sido efetuado, o direito à eventual cobertura não estará prejudicado.

14.6. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente ao prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

14.7. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.8. Nos seguros contributários, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que ele não os tenha repassado à Seguradora, estará garantido o pagamento de indenizações aos Segurados que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

14.9. 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.

14.10. A Seguradora poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas condições contratuais, recalcular o prêmio do Seguro se a natureza dos riscos do Seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros avisados superar o de prêmios arrecadados.

14.10.1. Qualquer alteração de prêmio prevista no item anterior deverá ser submetida à anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado, caso implique ônus ou perda de direito aos Segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária previstos nestas Condições Gerais.

15. FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

15.1. Em caso de falta de pagamento do prêmio, a seguradora notificará o segurado concedendo-lhe o prazo de 90 (noventa) dias, contado do recebimento da notificação para a quitação do saldo devido.

15.1.1. Caso o segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo previsto no item acima terá início na data da frustração da notificação.

15.1.2. Tendo se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias acima sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

15.1.3. Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao Estipulante ou Segurado, e desde que a Seguradora tenha assumido suportado a indenização do risco previsto no contrato, poderá ser iniciada cobrança judicial do valor devido, inclusive por meio de ação de execução, conforme previsto na legislação vigente .

15.1.4. O Segurado poderá evitar o cancelamento do Seguro por inadimplência desde que retome o pagamento da totalidade do prêmio devido dentro do prazo estabelecido no item 16.1., sendo facultada à Seguradora a cobrança de juros, nos termos do item 19.

15.2. Nos seguros contratados com fracionamento do pagamento do prêmio, na hipótese de não pagamento de uma ou mais parcelas devidas, a cobertura permanece válida pelo período mencionado neste item.

15.2.1. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos juros, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.

15.2.2. Decorrido o prazo sem que tenha sido quitada a respectiva parcela do prêmio, o seguro ficará automaticamente cancelado. O cancelamento do seguro independe de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, não cabendo restituição de qualquer parcela do prêmio já pago.

15.3. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento automático do Seguro sem direito às coberturas.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. A apólice de Seguro poderá ser cancelada nas seguintes situações:

a) 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; e

b) ao final de vigência, se está não for renovada.

16.2. O certificado individual poderá ser cancelado nas seguintes situações:

a) por falta de pagamento, conforme item 16.1.3;

b) com a morte do segurado;

c) com a invalidez permanente e total por acidente do Segurado;

d) em caso de extinção antecipada da obrigação assumida junto ao credor. Neste caso, o Seguro será automaticamente cancelado;

e) por solicitação do Segurado a qualquer tempo, mediante comunicação à Seguradora;

f) se o Segurado, seu corretor de seguros ou seu representante legal agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometarem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do seguro, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar sua elucidação;

g) se o Segurado agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias de seu conhecimento, desde que questionadas no Questionário de Avaliação de Risco que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e na caracterização do risco;

h) na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;

i) com o cancelamento ou o final de vigência sem renovação da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Segurado; e

j) fim do prazo de vigência do seguro.

16.3. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado ou liquidação antecipada da obrigação financeira, por qualquer motivo, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO

PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA
0,82%	2,60%	34,52%	52,40%	68,22%	81,80%
1,64%	5,20%	35,34%	53,60%	69,04%	82,40%
2,47%	7,80%	36,16%	54,80%	69,86%	83,00%
3,29%	10,40%	36,99%	56,00%	70,68%	83,40%
4,11%	13,00%	37,81%	56,80%	71,51%	83,80%
4,93%	14,40%	38,63%	57,60%	72,33%	84,20%
5,75%	15,80%	39,45%	58,40%	73,15%	84,60%
6,58%	17,20%	40,27%	59,20%	73,97%	85,00%
7,40%	18,60%	41,10%	60,00%	74,79%	85,60%
8,22%	20,00%	41,92%	61,20%	75,62%	86,20%
9,04%	21,40%	42,74%	62,40%	76,44%	86,80%
9,86%	22,80%	43,56%	63,60%	77,26%	87,40%
10,68%	24,20%	44,38%	64,80%	78,08%	88,00%
11,51%	25,60%	45,21%	66,00%	78,90%	88,40%
12,33%	27,00%	46,03%	66,80%	79,73%	88,80%
13,15%	27,60%	46,85%	67,60%	80,55%	89,20%

TABELA DE PRAZO CURTO

PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA	PRAZO DECORRIDO (%)	% DE PRÊMIO RETIDO PELA SEGURADORA
13,97%	28,20%	47,67%	68,40%	81,37%	89,60%

14,79%	28,80%	48,49%	69,20%	82,19%	90,00%
15,62%	29,40%	49,32%	70,00%	83,01%	90,60%
16,44%	30,00%	50,14%	70,60%	83,84%	91,20%
17,26%	31,40%	50,96%	71,20%	84,66%	91,80%
18,08%	32,80%	51,78%	71,80%	85,48%	92,40%
18,90%	34,20%	52,60%	72,40%	86,30%	93,00%
19,73%	35,60%	53,42%	73,00%	87,12%	93,40%
20,55%	37,00%	54,25%	73,40%	87,95%	93,80%
21,37%	37,60%	55,07%	73,80%	88,77%	94,20%
22,19%	38,20%	55,89%	74,20%	89,59%	94,60%
23,01%	38,80%	56,71%	74,60%	90,41%	95,00%
23,84%	39,40%	57,53%	75,00%	91,23%	95,60%
24,66%	40,00%	58,36%	75,60%	92,05%	96,20%
25,48%	41,20%	59,18%	76,20%	92,88%	96,80%
26,30%	42,40%	60,00%	76,80%	93,70%	97,40%
27,12%	43,60%	60,82%	77,40%	94,52%	98,00%
27,95%	44,80%	61,64%	78,00%	95,34%	98,30%
28,77%	46,00%	62,47%	78,40%	96,16%	98,60%
29,59%	46,80%	63,29%	78,80%	96,99%	98,90%
30,41%	47,60%	64,11%	79,20%	97,81%	99,20%
31,23%	48,40%	64,93%	79,60%	98,63%	99,50%
32,05%	49,20%	65,75%	80,00%	99,45%	99,80%
32,88%	50,00%	66,58%	80,60%	100,00%	100,00%
33,70%	51,20%	67,40%	81,20%		

Nota 1: Para prazos não previstos na tabela de prazo curto deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

Nota 2: Prazo decorrido é o período ao qual o segurado esteve com a proposta vigente, até a data do cancelamento. (Cálculo: Quantidade de dias vigentes / Quantidade de dias total do contrato).

Nota 3: % de prêmio retido pela seguradora é o percentual da proporção de prêmio pago pelo segurado que não será devolvido pela seguradora.

16.4. Na hipótese de cancelamento, a seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento, na forma do item 16.3, exceto se ocorrido sinistro no prazo de Carência, hipótese em que haverá devolução do prêmio ao Segurado ou ao Beneficiário.

17. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

17.1. Atualização do Capital Segurado

17.1.1. O capital segurado e, por consequência, o respectivo prêmio poderá ser atualizado na mesma proporção do valor da dívida ou da obrigação financeira assumida, em caso de Capital Segurado Vinculado.

17.2. Atualização das Obrigações Financeiras

17.2.1. As obrigações pecuniárias serão atualizadas monetariamente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

17.2.2. No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

17.2.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente devidamente atualizados, desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

17.2.4. 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 aos demais valores do seguro.

17.3. No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

18. JUROS DE MORA E MULTA

18.1. Em caso de descumprimento das obrigações de pagamento previstas nesse seguro, pelo Segurado ou pelo Estipulante, estas obrigações estarão sujeitas à multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente de acordo com as regras do item 18 (ITEM DE ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL), sem prejuízo dos Juros de 0,5% (meio por cento) ao mês desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos

19. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Em caso de ocorrência de sinistro ou da sua eminência que possa vir a ser indenizável por este seguro, deverá o Estipulante, ou o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s), ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à indenização:

19.1.1. Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, desde que não colocar em perigo interesses relevantes, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

19.1.2. Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora pelos canais oficiais da seguradora, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e entrega do formulário denominado “Aviso de Sinistro” e seguir suas instruções.

19.1.3. Fornecer à seguradora todas os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

19.1.4. Se necessário, registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos constante das condições especiais de cada cobertura contratada.

19.1.5. Fazer constar da comunicação 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 coberto.

19.1.6. O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.1.7. O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

19.1.8. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer, as suas custas, aos serviços de profissionais legalmente habilitados, buscando atendimento médico adequado e seguindo, sempre que possível, as orientações recebidas, com vistas à recuperação da sua condição de saúde, respeitada sua autonomia e as limitações clínicas e pessoais.

19.2. Os elementos e documentos necessários para a regulação do sinistro estão descritos nas cláusulas das coberturas constantes das Condições Especiais do seguro, e serão informados na abertura do sinistro.

19.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, contado da data do recebimento da documentação completa, acompanhada de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

19.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 30 dias.

19.5. O não envio dos elementos necessários e documentos mínimos listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

19.6. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar informações e esclarecimentos complementares ou, ainda, outros documentos, além daqueles estabelecidos nas condições especiais para cada cobertura contratada por no máximo 2 (duas) vezes. Nesse caso, o prazo previsto no item 20.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada.

19.7. Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado, a contar da data em que a Seguradora se manifestou sobre a existência de Cobertura.

19.8. O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

19.9. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 20.7. implicará aplicação de juros de mora, multa, de acordo com o item 19, sem prejuízo de sua atualização de acordo com item 18 destas Condições Gerais.

19.10. É vedado ao segurado e/ou o beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

19.10.1. O descumprimento culposo implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

19.10.2. O descumprimento doloso exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências sobre causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como sobre avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora irá propor ao Segurado, por qualquer meio idôneo, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

20.2. A junta médica será constituída por 03 (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, enquanto os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.3. 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

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

21.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas em seu atendimento a fornecer as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade delas.

21.3. Comprovado algum tipo de irregularidade advinda de conduta dolosa do Segurado, ocorrerá perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora, sem prejuízo do cancelamento do respectivo contrato de Seguro e adoção de procedimentos legais, objetivando o resarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

21.4. Caso constatado que o evento coberto teve origem por ato doloso do Beneficiário, o capital segurado será pago ao Segurado ou a seus herdeiros.

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

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado perderá o direito a qualquer Indenização, bem como terá o Seguro cancelado, sem direito a restituição do Prêmio de Seguro Pago, e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, se:

- a) agravar intencionalmente o risco;
- b) praticar dolosamente atos que sejam contrários aos termos e obrigações previstos nestas Condições Gerais;
- c) por si ou por seu representante legal, agir com dolo, praticar ato ilícito ou contrário à lei, cometer fraude ou tentativa de fraude no ato da adesão ou durante toda a Vigência do seguro, simulando ou provocando Sinistro ou, ainda, agravando as consequências do mesmo para obter Indenização ou dificultar a análise da Seguradora;
- d) Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário de Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:
 - i) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora; ou
 - ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.
 - iii) Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii quando o interessado provar que a seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.
 - iv) segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de Prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - v) após o pagamento da Indenização, cancelar o seguro, podendo reter do Prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido (Pro Rata), acrescido da diferença cabível; ou permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de Prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

22.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e deduzir do valor a ser pago a diferença de prêmio cabível.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. São obrigações do Estipulante:

23.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora.

23.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados atualizados, 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 e nas condições especiais.

23.1.3. Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao Seguro contratado;

23.1.4. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações e/ou documentos relativos ao contrato de seguro.

23.1.5. Repassar os prêmios à Seguradora. Caso esse repasse não seja efetuado, os Segurados não perdem o direito à indenização em caso de sinistro coberto, mas fica o Estipulante sujeito às cominações legais.

23.1.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro, incluindo procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

23.1.7. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome da Seguradora nos documentos e nas comunicações referentes ao Seguro objeto deste contrato e, se for o caso, informar também o percentual de participação no risco, em caso de cosseguro.

23.1.8. Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

23.1.9. Disponibilizar ao Segurado as Condições Gerais deste seguro, anterior a sua contratação.

23.1.10. Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

23.1.11. O estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.

23.1.12. O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

23.1.13. Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.2. É expressamente vedado ao Estipulante:

23.2.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro além dos especificados pela Seguradora.

23.2.2. Rescindir o contrato em vigor sem anuênciam prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

23.2.3. Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuênciam da Seguradora sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado.

23.2.4. Vincular a contratação do Seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que a contratação sirva de cobertura direta a esses produtos.

24. PRESCRIÇÃO

27.1. Os direitos e obrigações decorrentes deste Seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição estabelecidos pela Legislação vigente. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvidas na legislação vigente.

25. FORO

25.1. O foro competente para as ações de Seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou de agente dela.

26. COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA

26.1. Objetivo da cobertura

26.1.1. Garante a quitação total ou parcial da obrigação contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, em caso de morte do Segurado, decorrente de causas naturais ou acidentais, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das condições gerais, e destas condições especiais do seguro.

26.2. Riscos excluídos

26.2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4. Riscos Excluídos das condições gerais do seguro.

26.3. Âmbito territorial das coberturas

26.3.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

26.3.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Seguradora.

26.3.3. Fica estabelecido que o reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o capital segurado individual da cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

26.4. Capitais segurados

26.4.1. Os capitais segurados serão definidos na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

26.4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

26.4.3. Para fins de indenização o saldo devedor da obrigação será trazido a valor presente, descontando-se encargos e multas, caso tenha.

26.5. Beneficiário do seguro

26.5.1. O primeiro beneficiário será sempre o Estipulante, para quitação do saldo devedor parcial ou integral da obrigação.

26.5.2. Demais regras aplicadas, conforme item 12.

26.6. Carência

26.6.1. Poderá ser aplicada carência a esta cobertura, para o evento de morte Natural. O prazo de carência será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

26.7. Franquia

26.7.1. Não é aplicável franquia a esta cobertura.

26.8. Liquidação de sinistro

26.8.1. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

a) Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido (fornecido pela Seguradora) ou relatório médico (com carimbo e CRM) informando o diagnóstico, data do diagnóstico e tratamentos realizados; b) RG/RNE, CNH (Carteira Nacional de Habilitação) e/ou CPF do Segurado - Cópia simples;

- c) Certidão de óbito do Segurado - Cópia autenticada;
- d) Comprovante de endereço do Segurado - Cópia simples;
- e) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT (em caso de Morte accidental na empresa) – Cópia simples;
- f) Laudo de necropsia do Instituto Médico Legal - IML em caso de acidente - Cópia simples;
- g) Boletim de Ocorrência (em caso de Morte Accidental) – Cópia simples.

26.8.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 19.4. será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

26.9. Disposições gerais

26.9.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das condições gerais, da qual esta faz parte integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

26.9.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas condições gerais do seguro.

27. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

27.1. Definições e terminologias do seguro

Invalidez Permanente Total por Acidente: é o dano físico irreversível ao segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

27.2. Objetivo da Cobertura

27.2.1. Garante a quitação total ou parcial da obrigação contratada pelo Segurado junto ao Estipulante, em caso de invalidez permanente total por acidente, constatada após conclusão do tratamento médico quando da alta definitiva ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das condições gerais, e destas condições especiais do seguro.

27.2.1.1. Exemplos de invalidez permanente por acidente que garantem a quitação do saldo devedor limitado ao capital segurado contratado:

Discriminação

Perda total da visão de ambos os olhos

Perda total do uso de ambos os membros superiores

Perda total do uso de ambos os membros inferiores

Perda total do uso de ambas as mãos

Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior

Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés

Perda total do uso de ambos os pés

Alienação mental total e incurável

Nefrectomia Bilateral

27.2.1.2. 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.

27.2.1.3. 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.

27.2.1.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou 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.

27.2.1.4.1. A junta médica será constituída por 03 (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.

27.2.1.4.2. 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.

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

27.2.1.5. Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente, pela Seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o Segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados pelo índice de atualização estabelecido no item 17 das condições gerais.

27.3. Riscos excluídos

27.3.1. Além dos riscos excluídos para todas as coberturas do seguro constante no item 4. das condições gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, e, portanto, a Seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência:

- a) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências 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 embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- d) de intercorrências ou complicações consequentes 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 gazes e vapores;
- g) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) 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;
- i) da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

27.4. Âmbito territorial das coberturas

27.4.1. Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

27.4.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Seguradora.

27.4.3. Fica estabelecido que o reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o capital segurado individual da cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

27.5. Capital segurado

27.5.1. Os capitais segurados serão definidos na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

27.5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal.

27.5.3. Para fins de indenização, o saldo devedor da obrigação será trazido a valor presente, descontando-se encargos e multas, caso tenha.

27.6. Beneficiários do seguro

27.6.1. O primeiro beneficiário será sempre o Estipulante, para quitação do saldo devedor parcial ou integral da obrigação.

27.6.2. Demais regras, constante no item 12.

27.7. Carência

27.7.1. Não há carência para esta cobertura.

27.8. Franquia

27.8.1. Não é aplicável franquia a esta cobertura.

27.9. Liquidação de sinistros

27.9.1. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

a) Aviso de sinistro devidamente preenchido (formulário original fornecido pela Seguradora ou relatório médico (com carimbo e CRM), descrevendo quadro clínico atual do Segurado, data da alta médica definitiva, suas sequelas e incapacidades definitivas com grau de redução funcional por articulação em porcentagem; b) RG/RNE, Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou CPF do Segurado - Cópia simples;

- c) Comprovante de endereço do Segurado - Cópia simples;
- d) Radiografias ou exames de imagem das lesões - Cópia simples;
- e) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT (em caso de acidente na empresa) – Cópia simples; f) Boletim de Ocorrência – Cópia simples.

27.9.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 19.4. será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

27.10. Disposições gerais

27.10.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das condições gerais, da qual esta faz parte integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

27.10.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas condições gerais do seguro.

28. COBERTURA DE PERDA DE RENDA

28.2. Objetivo da cobertura

28.2.1. Garante ao Beneficiário, o pagamento de parcelas da obrigação contratada, em caso de Perda de renda provocada por Desemprego Involuntário ou por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ocorrido durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das condições gerais, e destas condições especiais do seguro.

28.2.1.1. Para o evento de Desemprego Involuntário, o Segurado terá cobertura caso fique desempregado em virtude de rescisão do contrato de trabalho registrado em Carteira Profissional de Trabalho e Previdência Social (CTPS) por vontade e iniciativa do empregador e que não tenha sido motivada por justa causa, enquanto estiver na condição de desempregado.

28.2.1.2. Para o evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, o segurado terá cobertura , caso este venha ser afastado de suas atividades ocupacionais ou tenha que ser mantido em repouso absoluto em caso de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, causada única e exclusivamente por acidente pessoal coberto, caracterizado pela impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer sua atividade ocupacional, de forma contínua e ininterrupta durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, exceto se decorrente de riscos excluídos.

28.2.1.2.1. O evento de Desemprego Involuntário do Segurado ficará caracterizado se ele for dispensado de forma involuntária (por vontade do empregador) e imotivadamente (sem justa causa) de seu trabalho (configurando, assim, rescisão do contrato de trabalho – rescisão do vínculo empregatício) e que fique sem receber remuneração por trabalho pessoal para outro empregador pelo período correspondente à franquia indicada no item 32.8 desta condição especial.

28.2.2. Para direito a indenização de perda de renda, o Segurado precisa manter a condição de desempregado ou incapaz durante todo o período de vencimento das obrigações financeiras, portanto, se no decorrer do período especificado de cobertura o Segurado passar 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 ou deixar a condição de incapaz temporário, será interrompido imediatamente o pagamento das parcelas ainda pendentes de indenização.

28.2.2.1. Para confirmação da condição de desempregado ou incapaz, poderá ser solicitado a qualquer momento, comprovação da permanência da condição, através de reenvio de documentação para avaliação do sinistro.

28.2.3. As indenizações decorrentes dos eventos de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente e Desemprego Involuntário não são cumulativas.

28.2.3.1. Condições de elegibilidade para o evento de Desemprego Involuntário:

- a) o Segurado deve ser pessoa física;
- b) o Segurado ter passado pela condição de trabalhador formal, contratado por meio de contrato de trabalho registrado em carteira profissional (CTPS) no regime da Consolidação da Leis Trabalhistas;

c) para ter direito ao recebimento do capital segurado o Segurado deve ter um período de permanência mínima de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos, no mesmo empregador comprovados através de Carteira Profissional por Tempo de Serviço.

d) o Segurado deve comprovar a perda de emprego do Trabalho Formal, sendo este a atividade principal, por meio da declaração de imposto de renda;

e) o Segurado deve se manter na condição de desempregado durante o período especificado de cobertura, para ter direito as quitações das parcelas cobertas;

f) que o desligamento tenha ocorrido posteriormente ao término do período de carência, estabelecida no item 32.7.1 destas Condições Especiais;

g) que após o cumprimento da franquia estabelecida no item 32.8 destas Condições Especiais, o Segurado comprove permanecer desempregado;

32.2.3.2. Condições de elegibilidade para o evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente: a) o Segurado deve ser pessoa física;

b) que o Segurado, após o cumprimento do período de franquia previsto no item 6 destas condições, comprove permanecer, por recomendação médica, total e completamente afastado de suas atividades ocupacionais;

c) que o afastamento não seja decorrente de um evento ou acidente anterior ao início de vigência deste seguro, ou que tenha gerado um afastamento anterior cuja indenização já tenha sido paga;

d) no caso de profissionais autônomos, para ter direito ao recebimento do capital segurado o Segurado deve ter um período de permanência mínima de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos, comprovada a renda através de GRPS (Guia de Recolhimento da Previdência Social) ou RPA (Recibo de Pagamento a Autônomo) ou

Declaração de Imposto de Renda;

e) Para outras atividades ocupacionais, o segurado terá direito ao recebimento do capital segurado comprovando o acidente com laudos médicos e exames complementares. Poderão ser solicitados também contracheque, declaração de Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), recibos de prestação de serviços, cópia de Previdência Social (Carnê INSS), etc.

28.2.4. Reconhecido o evento da cobertura a indenização referente ao capital Segurado contratado ocorrerá de forma parcelada, conforme a quantidade de parcelas estabelecidas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro. O valor a ser indenizado em cada parcela será condizente com o valor fixo das parcelas assumidas pelo Segurado na obrigação contratada junto ao Estipulante, respeitando-se o limite monetário estabelecido para cada parcela, desde que ele se mantenha na condição de desempregado.

28.3. Riscos excluídos

28.3.1. Além dos riscos excluídos para todas as coberturas do seguro constante no item 4 das condições gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, e, portanto, a Seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência de:

a) adesão, pelo Segurado, a programas de demissão voluntária de seu empregador (PDV) incentivadas ou não pelo empregador do segurado ou aposentadoria por tempo de serviço (facultativa ou compulsória) do

Segurado;

- b) campanhas de demissões em massa. Caracteriza-se, para fins desta cobertura, demissão em massa quando empresa demite mais de 10% (dez por cento) de 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, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
- d) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- e) desemprego involuntário ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato;
- f) dispensa com imediata admissão, seja ela pertencente ou não ao mesmo grupo econômico da empresa, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista da empresa que promoveu a dispensa do Segurado; g) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- h) extinção automática ou término de contrato de trabalho quando o contrato do Segurado tiver prazo determinado (contrato a termo);
- i) perda de emprego resultante de falência, recuperação judicial ou extrajudicial do empregador do Segurado;
- j) perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do Segurado no mesmo período;
- k) prestação de serviço militar;
- l) Recebimento de Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- m) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- n) rescisão do contrato de trabalho negociada entre Segurado e seu empregador; e transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias.
- o) de lesões, acidentes, traumas, sequelas ou doenças preexistentes à inclusão do Segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado.
- p) de suicídio ou a tentativa de suicídio, se ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos, ininterruptos, de vigência do contrato de seguro;
- q) das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- r) 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;
- s) de intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- t) 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;
- u) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picadas de insetos;

- v) de tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem controle da natalidade;
- w) de cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- x) de tratamento estético e de tratamento para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescência a ele relacionados;
- y) de anomalias congênitas e doenças psiquiátricas e mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- z) de tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- aa) do período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, ainda que a necessidade do tratamento decorra de acidente coberto.

28.4. Âmbito territorial das coberturas

28.4.1. Este seguro abrange o evento ocorrido em todo globo terrestre

28.4.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Seguradora.

28.4.3. Fica estabelecido que o reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o capital segurado individual da cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

28.5. Capital segurado

28.5.1. O capital segurado e a quantidade de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

28.5.2. Para fins desta condição especial, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, no caso de evento de Desemprego Involuntário, a data do desligamento do Segurado, comprovado mediante apresentação de cópia da carteira profissional de trabalho e previdência social (CTPS) e de termo de rescisão do contrato de trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado e para o evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, a data do acidente pessoal coberto.

28.5.3. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao segundo beneficiário, que neste caso será o próprio segurado.

28.5.3.1. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

28.6. Beneficiários do seguro

28.6.1. O Primeiro beneficiário será sempre o estipulante e o segundo beneficiário será o próprio segurado

28.7. Carênciа

28.7.1. Poderá ser aplicada franquia a esta cobertura. O prazo de franquia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

28.8. Franquia

28.8.1. Poderá ser aplicada franquia a esta cobertura. O prazo de franquia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

28.8.2. A contagem da franquia, no caso de Desemprego Involuntário, terá início a partir da data da demissão do Segurado, constante da carteira profissional ou do termo de rescisão do contrato de trabalho.

28.8.3. A contagem franquia, no caso de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, será aplicada a partir da data de afastamento por incapacidade, estabelecida pelo médico, devidamente comprovado por meio de atestado médico e deverá ser cumprida pelo período estipulado no item 32.8.1 destas condições.

28.9. Liquidação de sinistro

28.9.1. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros para ambos os eventos:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido (formulário original fornecido pela Seguradora);
- b) RG/RNE, CNH (Carteira Nacional de Habilitação) e/ou CPF do Segurado - Cópia simples;
- c) Comprovante de endereço do Segurado - Cópia simples;

28.9.1.1. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros em caso de evento de Desemprego Involuntário:

- a) Carteira de Trabalho Tempo de Serviço - CPTS: cópias das seguintes páginas: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho (página da admissão e dispensa e página posterior, e da página que comprove o recebimento do seguro-desemprego (quando houver). A autenticação deverá ocorrer após o prazo de período de franquia estabelecido no contrato;
- b) Termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado no TRT ou sindicato com a discriminação das verbas rescisórias - Cópia simples.

28.9.1.2. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros em caso de evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente:

- a) Exames médicos e a declaração do médico informando o período de afastamento e a data da alta médica – Cópia simples;
- b) Se profissional liberal ou autônomo, encaminhar a GRPS (guia de recolhimento da previdência social), RPA (recibo de pagamento a autônomo) e Declaração de Imposto de Renda – Cópia Simples. Se aposentado, comprovante do pagamento do benefício (Aposentadoria). Para os demais, declaração Do Imposto de renda (se houver).

28.9.2. A Incapacidade Física Temporária Total Por Acidente 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 ou perícia para comprovação da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

28.9.3. No caso de divergências sobre a Incapacidade, a Seguradora irá propor ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro.

28.9.4. Não há cobertura para mais de um período de afastamento decorrente do mesmo acidente ou evento.

28.9.5. O período de afastamento deve ser ininterrupto não somando-se a outros períodos de afastamento decorrentes do mesmo sinistro.

28.9.6. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 19.4. será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

28.9.7. A Seguradora poderá solicitar a atualização destas informações ao Segurado, de acordo com a periodicidade de pagamento da indenização. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento de indenização.

28.9.8. Em caso de sinistro deferido, a indenização poderá ser paga de forma parcelada, devido a necessidade de comprovação do desemprego.

28.10. Disposições gerais

28.10.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das condições gerais, da qual está faz parte integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

28.10.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas condições gerais do seguro.

29. CUSTEIO DO SEGURO

29.1. O custeio deste seguro poderá ser estabelecido pelo Estipulante e constará no contrato coletivo, podendo ser:

29.1.1. Não Contributário: o Segurado não paga o prêmio de seguro. O prêmio do seguro será pago integralmente pelo Estipulante.

29.1.1.2. Contributário: o Segurado paga integralmente ou parcialmente o prêmio do seguro.

29.2. Seja qual for a modalidade de custeio do seguro, o Estipulante sempre será responsável pelo recolhimento, quando for o caso, e pela quitação dos prêmios devidos junto à Seguradora.

30. SUB-ROGAÇÃO

30.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

31. TRIBUTOS

31.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios ou sobre o capital Segurado deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar. 25.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

31.2. Este seguro não possui previsão de reembolso e/ou indenização decorrentes de atos de salvamento, incluindo, mas não se limitando a socorro, remoção, transporte, atendimento médico, hospitalar ou quaisquer outras providências que tenham finalidade exclusiva preservar ou restabelecer a integridade física, a saúde ou vida de pessoas, ainda que realizadas em conjunto com medidas voltadas à proteção do bem segurado.

32. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

32.1. O segurado reconhece que, ao preencher a proposta, com fornecimento das informações dela constantes, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco e que, sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas de nosso grupo econômico, bem como que, para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajudem no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante etc.). Os dados do segurado serão guardados com todo o zelo e todo o cuidado, mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

32.2. O segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito de obter, em relação a seus dados, tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

32.3. O segurado está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail zs.protec.dados@zurichsantander.com.br.

32.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender nem ceder os dados do CLIENTE, além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil.

33. DISPOSIÇÕES GERAIS

33.1. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas decorrentes de atos de salvamento, incluindo mas não se limitando à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde, socorro, remoção, transporte, atendimento, médico, hospitalar ou qualquer outras providências que tenham finalidade exclusiva preservar ou restabelecer a integridade física, a saúde ou vida de pessoas, ainda que realizadas em conjunto com medidas voltadas à proteção do bem segurado. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice

33.2. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – Susep não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação de sua comercialização.

33.3. Para os casos não previstos neste documento, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

33.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da seguradora no site <https://www.gov.br/susep/pt-br>

33.5. As condições contratuais e deste produto encontram-se registradas na Susep, de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta e certificado, e poderão ser consultadas no endereço eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br>

33.6. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas de seus direitos que se encontram nestas condições gerais.

33.7. As condições gerais do Seguro estarão à disposição do proponente ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro, no sítio eletrônico do estipulante.

33.8. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, certificados e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento. Se houver risco de perda de algum direito — como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura — o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

33.9. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

33.10. As condições particulares do Seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.