



Seguro Consignado Proteção Completa

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro Consignado Proteção Completa

Condições Gerais

Versão 1

PROCESSO SUSEP Nº 15414.648971.2024-26
CNPJ: 87.376.109/0001-06



ÍNDICE

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada seguradora e o Banco Santander (Brasil) S.A., designado estipulante disponibilizam o **Seguro Consignado Proteção Completa**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

Acidente Pessoal: 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:

a. excluem-se nesse conceito:

- a.1.** suicídio ou tentativa de suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2.** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou de influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- a.3.** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4.** os acidentes decorrentes de sequestros e 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;
- b.3.** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.

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

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

B

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

C

Capital Segurado: 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 ou do aumento do capital, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as garantias de Acidente Pessoal.

Certificado Individual de Seguro: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação, da renovação ou da alteração do Seguro. Este documento contém as informações essenciais do seguro.

Coberturas do Seguro: são as garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela seguradora, definidas nestas Condições Gerais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Proposta, na Apólice Coletiva e no Certificado Individual.

Condições Contratuais: 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: é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Susep (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/2164 e no Decreto-lei nº 73/2166. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no site <https://www.gov.br/susep/pt-br>.

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

D

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

Declaração Pessoal de Saúde: documento integrante da Proposta de Adesão, contendo informações prestadas pelo Proponente e que diz respeito às 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.

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

Doenças, Lesões, Sequelas e Acidentes preexistentes: são sequelas e doenças contraídas ou manifestadas, ou, ainda, acidente sofrido pelo segurado anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Proponente e não declarados na Proposta de Adesão. A omissão dessas doenças ou dessas lesões, por ocasião da contratação do Seguro, poderá causar a perda de direito ao Seguro.

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 expedido pela seguradora, durante a Vigência, que formaliza a alteração do seguro contratado, de comum acordo entre as Partes envolvidas. Uma vez anexado às condições do seguro, o endosso prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Estipulante: pessoa jurídica que contrata Apólice Coletiva, ficando investida de poderes de representação do segurado perante a seguradora, nos termos da legislação em vigor.

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

F

Franquia: participação do segurado no Sinistro, representada neste seguro pelo período, contado a partir da Data de Ocorrência do Sinistro, durante o qual a seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

G

Grupo Segurado: totalidade dos componentes do grupo segurável que foi efetivamente aceita e incluída na apólice de seguro.

Grupo Segurável: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, que mantêm característica de responsabilidade pelo pagamento da obrigação contraída junto ao Estipulante.

I

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

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

Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente: é o dano físico causado por acidente coberto, que, temporariamente, cause ao segurado uma incapacidade total para o exercício de toda e qualquer atividade ocupacional (exceto se regido pela CLT), sendo imprescindível manter-se, por recomendação médica, afastado de suas atividades ocupacionais ou em repouso absoluto. A incapacidade deverá ser comprovada por laudos médicos e exames complementares.

L

Liquidação de Sinistro: é o pagamento, se devido, do Limite Máximo de Capital Segurado contratado.

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

Obrigação/Operação Financeira: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente, como empréstimos, financiamentos, consórcios etc.

P

Parcela: 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: parcelas com data de vencimento anterior à data de ocorrência do sinistro ou com vencimento durante o período da franquia.

Prêmio: valor pago pelo segurado ou Estipulante/Proponente à seguradora para que esta assuma o risco a que o segurado está exposto.

Prescrição: 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 interessada em aderir ao seguro, que propõe à seguradora a Aceitação do Risco, apresentando-lhe a Proposta de Adesão.

Proposta de Adesão: documento, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente expressa a intenção de aderir ao seguro (Proposta de Adesão), ou em que o segurado expressa a intenção de modificar o seguro já contratado (Proposta de Endosso), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Pro Rata: é o cálculo proporcional a determinado prazo.

Profissionais liberais e autônomos: 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 essa a forma principal de seus rendimentos. A comprovação da atividade autônomo/liberal será feita por GRPS (Guia de Recolhimento da Previdência Social), RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) e o Imposto de Renda.

R

Regulação de Sinistro: é o processo interno da seguradora para constatação de um evento coberto pelo seguro.

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

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

Risco Coberto: risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a um Sinistro, ou seja, ao direito de indenização e/ou reembolso ao Beneficiário do seguro.

Riscos Excluídos: riscos previstos nas Condições Gerais e especiais do seguro que não serão cobertos pelo seguro.

S

Saldo Devedor: valor presente das parcelas vencidas e vincendas da operação financeira realizada pelo Devedor junto ao Credor, apurado na data do sinistro, acrescido da taxa de juros contratual, de eventuais multas e de correção monetária, respeitado o Capital Segurado contratado estabelecido no certificado individual e no contrato de seguro.

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

Seguradora: pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, que garante os riscos especificados no contrato de seguro. Aqui, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., CNPJ: 87.376.109/0001-06 e Registro Susep nº 0507-0.

Sinistro: é a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do seguro, que gera ao segurado ou ao Beneficiário o direito de recebimento do Capital Segurado contratado.

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: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

Vínculo Empregatício: o vínculo empregatício que torna o segurado elegível à presente cobertura, é aquele formalizado por contrato de trabalho registrado em Carteira Profissional de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos com jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento total ou parcial da obrigação assumida pelo segurado por meio de operação financeira contratada junto ao Estipulante, no caso de sinistro coberto nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do Capital Segurado contratado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, das condições especiais e do contrato de seguro.**

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As Coberturas contratadas constarão na Proposta de Adesão e no Certificado Individual, disponibilizados pela seguradora.

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

3.3. A cobertura básica é de contratação obrigatória e as coberturas adicionais serão disponibilizadas a critério da seguradora e do Estipulante.

3.3.1. Cobertura Básica

- a) Morte por Qualquer Causa – MQC

3.3.2. Coberturas Adicionais

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

3.4. A definição de cada uma das coberturas acima, seus objetivos, os riscos excluídos, e as demais disposições estão determinados nas Condições especiais correspondentes a 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 de:

- a) lesões, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do segurado;
- b) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente;
- c) 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 ou a tentativa de suicídio e suas consequências, se ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos de vigência do contrato de seguro;
- e) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ionizantes;
- f) 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) 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;
- h) 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) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes (para o caso de seguros contratados por pessoas jurídicas);**
- 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) automutilação.**

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 5.1.** Este seguro abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.
- 5.2.** Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da seguradora.
- 5.3.** 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.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 6.1.** Poderão ser aplicadas Carência e Franquia nas Coberturas contratadas. O período de ambas deverá ser apresentado previamente à adesão ao seguro e estará estabelecido na Proposta e no Certificado Individual. 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.
- 6.2.** Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não será aplicada carência, exceto nos casos de suicídio ou tentativa de suicídio ocorrida nos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados, ininterruptamente, da data de adesão ao seguro ou da data de sua recondução depois de suspenso, conforme disposições do Código Civil ou, ainda, da data do aumento do Capital Segurado (ocasião em que será considerado o Capital Segurado anterior ao aumento).
- 6.3.** O período de carência e franquia poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde ou por exame médico.

7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. 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 regra definida na cláusula de cancelamento.

7.1.1. O proponente individual poderá ser incluído no seguro mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, por meio físico ou por meio eletrônico seguro e aceito pelas partes como válido, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação de autoria e integridade.

7.1.2. A proposta de adesão poderá ser devidamente assinada pelo proponente, por seu representante legal ou por seu corretor de seguros após conhecimento destas Condições Gerais.

7.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela seguradora e, para que ocorra a aceitação, o proponente individual deverá atender aos critérios de aceitação estabelecidos pela seguradora.

7.2.1. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou a recusa da proposta de adesão, a partir da data de recepção da proposta.

7.2.2. A seguradora poderá solicitar documentos complementares para aceitação do seguro. A solicitação de documentos complementares para a análise e a aceitação do risco poderá ser efetuada, quantas vezes for necessário, durante o prazo previsto no **item 7.2.1**.

7.2.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no **item 7.2.1** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à seguradora.

7.2.4. O recebimento do prêmio de seguro não implica aceitação do seguro por parte da seguradora.

7.2.5. A seguradora deixará disponível ao proponente individual, a seu representante legal ou ao corretor de seguros a proposta de adesão assinada.

7.2.6. No caso de recusa da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá comunicar o proponente individual, o seu representante ou o seu corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão no prazo previsto no **item 7.2.1**.

7.2.7. Na situação que tenha havido adiantamento do Prêmio do Seguro, a recusa gerará devolução total destes valores já pagos pelo Responsável Financeiro em até 15 dias do momento da formalização, não havendo cobertura provisória do seguro entre a data de recebimento da Proposta de Adesão e a data da formalização da recusa.

7.3. Após a aceitação do seguro pela seguradora, o proponente individual passará à condição de segurado.

7.4. Após a emissão ou a alteração do seguro, será disponibilizado o certificado individual de seguro. A qualquer momento, o segurado poderá solicitar a segunda via do documento diretamente à seguradora.

7.5. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endorso 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.

7.6. Na contratação do seguro, o proponente individual poderá, em até 07 (sete) dias corridos da data de formalização da proposta de adesão, desistir de sua contratação, mediante formalização junto à seguradora por meio de canais disponibilizados para esse fim.

7.6.1. Nessa hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, corrigido conforme item 17.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. A vigência do seguro estará atrelada ao prazo do contrato firmado com o estipulante, referente à operação financeira, sendo que, **em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo. Após isto, as coberturas previstas neste seguro poderão ser mantidas por meio de nova emissão de certificado de seguro de vida, sendo também o final da vigência igual ao deste seguro.**

8.1.1. A Apólice coletiva vigorará pelo prazo de 05 (cinco) anos, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Contrato.

8.1.2. Para os proponentes individuais que vierem a aderir ao seguro, sua vigência terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

8.2. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. O seguro estará vinculado ao contrato da operação financeira, portanto, não se aplica renovação do certificado individual.

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

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Este seguro vigorará sob a modalidade de Capital Segurado fixo, ou seja, não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

10.2. O(s) Capital(is) Segurado(s) contratado(s), bem como sua descrição, constará(ão) na proposta de adesão e no certificado individual do seguro.

10.3. O Capital Segurado está diretamente ligado ao valor da dívida ou da obrigação financeira inicial assumida pelo segurado junto ao Estipulante.

10.4. O Capital Segurado será pago ao beneficiário, respeitando-se as regras descritas no **item 12** – Beneficiário do Seguro.

10.5. Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento a ser considerada na liquidação do Sinistro será:

- a) Cobertura de Morte: data do óbito do segurado.
- b) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente e Morte Acidental: data da ocorrência do acidente pessoal.
- c) Perda de renda:
 - c.1) Desemprego Involuntário: a data do desligamento do segurado, comprovado mediante apresentação de cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e de Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.
 - c.2) Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente: data do acidente pessoal coberto.

11. GRUPO SEGURÁVEL

11.1. São consideradas seguráveis do seguro em referência as pessoas físicas que convencionaram pagar prestações ao Estipulante para amortizar a dívida da obrigação contraída ou para atender ao compromisso financeiro assumido.

12. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

12.1. O primeiro 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.

12.2. 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 Consignado Proteção Completa, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, de acordo com a cobertura.

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

13. CUSTEIO DO SEGURO

13.1. O custeio deste seguro poderá ser estabelecido pelo Estipulante e constará nas condições contratuais do seguro, podendo ser:

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

13.1.2. Contributário: o segurado paga integralmente ou parcialmente o prêmio do seguro.

13.2. 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.

14. CUSTO DO SEGURO (PRÊMIO) E PAGAMENTO

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 o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização 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, recalculer 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. SUSPENSÃO E FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

15.1. A falta de pagamento do prêmio não acarretará a suspensão automática das coberturas.

15.1.1. Tendo se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir do primeiro prêmio vencido e não pago sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

15.1.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no **item 15.1.1**, com a consequente cobrança do prêmio devido.

15.1.3. O segurado poderá evitar o cancelamento da proposta por inadimplência desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido no **item 15.1.1**, sendo facultada à seguradora a cobrança de juros, nos termos do **item 18**.

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 por prazo proporcional ao prêmio pago.

15.2.1. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos previstos, 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 do Seguro sem direito às coberturas.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. A apólice de seguro poderá ser cancelada 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, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b) pelo descumprimento de quaisquer cláusulas estabelecidas nas Condições Gerais, nas condições especiais e no contrato de seguro;
- 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; e
- d) ao final de vigência.

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

- a) por falta de pagamento, conforme **item 15.1.1**;
- b) com a morte do segurado;
- c) com a invalidez permanente e total por acidente do segurado;
- d) em caso de extinção antecipada da operação financeira 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, cometerem 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 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) no fim do prazo de vigência do seguro.

16.3. Na hipótese de cancelamento a pedido do segurado 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 (%)	% do prêmio retido pela seguradora	Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora	Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora
0,82%	10,40%	34,52%	43,76%	68,22%	70,89%
1,64%	13,00%	35,34%	44,46%	69,04%	71,62%
2,47%	14,40%	36,16%	45,15%	69,86%	72,34%
3,29%	15,80%	36,99%	45,82%	70,68%	73,07%
4,11%	17,20%	37,81%	46,52%	71,51%	73,81%
4,93%	18,60%	38,63%	47,22%	72,33%	74,49%

TABELA DE PRAZO CURTO

Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora	Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora	Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora
5,75%	20,00%	39,45%	47,92%	73,15%	75,17%
6,58%	21,40%	40,27%	48,60%	73,97%	75,87%
7,40%	22,80%	41,10%	49,31%	74,79%	76,56%
8,22%	23,63%	41,92%	50,01%	75,62%	77,30%
9,04%	24,20%	42,74%	50,70%	76,44%	78,06%
9,86%	25,40%	43,56%	51,40%	77,26%	78,82%
10,68%	25,60%	44,38%	52,09%	78,08%	79,58%
11,51%	25,86%	45,21%	52,79%	78,90%	80,34%
12,33%	26,46%	46,03%	53,50%	79,73%	81,11%
13,15%	27,08%	46,85%	54,19%	80,55%	81,83%
13,97%	27,70%	47,67%	54,88%	81,37%	82,54%
14,79%	28,33%	48,49%	55,58%	82,19%	83,26%
15,62%	28,71%	49,32%	56,27%	83,01%	83,98%
16,44%	29,13%	50,14%	56,96%	83,84%	84,74%
17,26%	29,74%	50,96%	57,63%	84,66%	85,51%
18,08%	30,37%	51,78%	58,24%	85,48%	86,28%
18,90%	31,00%	52,60%	58,86%	86,30%	87,05%
19,73%	31,68%	53,42%	59,48%	87,12%	87,82%
20,55%	32,36%	54,25%	60,12%	87,95%	88,60%
21,37%	33,03%	55,07%	60,75%	88,77%	89,37%
22,19%	33,65%	55,89%	61,29%	89,59%	90,12%
23,01%	34,29%	56,71%	61,83%	90,41%	90,87%
23,84%	34,97%	57,53%	62,39%	91,23%	91,63%
24,66%	35,61%	58,36%	62,97%	92,05%	92,39%
25,48%	36,26%	59,18%	63,55%	92,88%	93,17%
26,30%	36,96%	60,00%	64,23%	93,70%	93,94%
27,12%	37,60%	60,82%	64,91%	94,52%	94,71%
27,95%	38,31%	61,64%	65,59%	95,01%	100,00%
28,77%	38,96%	62,47%	66,29%	95,34%	100,00%
29,59%	39,65%	63,29%	66,98%	96,16%	100,00%
30,41%	40,32%	64,11%	67,60%	96,99%	100,00%
31,23%	41,01%	64,93%	68,23%	97,81%	100,00%
32,05%	41,71%	65,75%	68,87%	98,63%	100,00%

TABELA DE PRAZO CURTO

Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora	Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora	Prazo decorrido (%)	% do prêmio retido pela seguradora
32,88%	42,38%	66,58%	69,52%	99,45%	100,00%
33,70%	43,06%	67,40%	70,17%	100,00%	100,00%

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

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 será retido pela seguradora.

16.4. Na hipótese de cancelamento a pedido da seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

16.5. Cancelado o seguro, este somente poderá ser reabilitado mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e análise de aceitação por parte da seguradora, se disponibilizada essa opção pela seguradora.

17. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

17.1. Atualização do Capital Segurado

17.1.1. O Capital Segurado e, por consequência, o respectivo prêmio poderão ser atualizados 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. A atualização monetária das obrigações financeiras será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

17.2.3. No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias corridos 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.

17.2.4. 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.

17.2.5. No caso de cancelamento do seguro por iniciativa da seguradora, 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.

17.2.6. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 19.4** destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento.

17.2.7. 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 nestas 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

18.1. Caso não tenha o cumprimento do pagamento das obrigações pela seguradora, pelo segurado ou pelo Estipulante ora previstas, estas obrigações estarão sujeitas à aplicação de juros de mora da taxa SELIC, reduzida do IPCA ao mês, mais a atualização monetária prevista no **item 17**.

18.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas Condições Gerais.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1. Em caso de ocorrência de sinistro 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. Comunicar o sinistro imediatamente à seguradora pelas vias mais rápidas a seu alcance, por meio do preenchimento e da entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro".

19.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos constante das condições especiais de cada cobertura contratada.

19.1.3. 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.

19.2. Os documentos necessários para a liquidação do sinistro estão descritos nas cláusulas das coberturas constantes das Condições Especiais do seguro.

19.3. 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. Nesse caso, o prazo previsto no **item 19.4** será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada.

19.4. O prazo máximo para pagamento da indenização é de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a seguradora receber todos os documentos previstos para cada cobertura, descrito nas condições especiais do seguro.

19.5. O não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 19.4** implicará aplicação de juros de mora, de acordo com o **item 18**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com o **item 17** destas Condições Gerais.

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 meio de correspondência escrita, 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 honorá-

rios 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 das mesmas.

21.3. Comprovado algum tipo de irregularidade, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

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

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

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

22.3.1. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e reter 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, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir essa diferença do valor a ser pago ao segurado ou ao Beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

22.3.2. 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.

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

22.3.4. 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.

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

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.

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. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

23.1.4. Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento de prêmios.

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

23.1.6. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia 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.

23.1.7. Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

23.1.8. Comunicar, de imediato, à sociedade seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

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

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

23.2.3. 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. SUB-ROGAÇÃO

24.1. A seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

25. TRIBUTOS

25.1. 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.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

26.3. Para os casos não previstos nestas Condições Gerais e nas condições especiais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

26.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da seguradora no site <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

26.5. As condições contratuais/o regulamento deste produto encontram-se registrados na Susep, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta, e poderão ser consultados no endereço eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br> por meio do número de processo Susep constante na Proposta de Adesão e Certificado Individual.

26.6. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas de seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas Condições Gerais.

26.7. 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.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados na legislação em vigor.

28. FORO

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

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

29. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

29.1. 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.

29.2. 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.

29.3. 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, pelo e-mail zs.protec.dados@zurich-santander.com.br.

29.4. 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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

30. COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

30.1. Objetivo da cobertura

30.1.1. 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 cobertas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas condições especiais do seguro.**

30.2. Riscos excluídos

30.2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4. Riscos Excluídos das Condições Gerais do seguro.

30.3. Capitais Segurados

30.3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

30.3.2. 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 Consignado Proteção Completa, a diferença apurada será paga ao segundo beneficiário, que, nesse caso, será o próprio segurado.

a) 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.

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

30.4. Beneficiário do seguro

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

30.4.2. Demais regras aplicadas conforme **item 12.**

30.5. Carência

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

30.6. Franquia

30.6.1. Não é aplicável franquia a esta cobertura.

30.7. Liquidação de sinistro

30.7.1. 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, a data do diagnóstico e os 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 acidental 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 Acidental) – cópia simples.

30.7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Nesse 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.

30.8. Disposições gerais

30.8.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das Condições Gerais, das quais esta é parte integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

30.8.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do seguro.

31. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

31.1. Objetivo da cobertura

31.1.1. 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.**

31.1.1.1. Exemplos de invalidez permanente por acidente que garantem a quitação do saldo devedor, limitada 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 de um membro inferior

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

Perda total do uso de ambos os pés

Alienação mental total e incurável

Nefrectomia bilateral

31.1.1.2. 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.

31.1.1.3. 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.

31.1.1.4. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como sobre a 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.

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

31.1.1.5. 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.**

31.2. Riscos excluídos

31.2.1. Além dos riscos excluídos para todas as coberturas do seguro, constantes no **item 4. das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura e, portanto, a seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência:**

a) 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 Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- b) de doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, com ressalva para infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- c) de intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- d) de 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;
- e) de moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- f) 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;
- g) 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.

31.3. Capital Segurado

31.3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

31.3.2. 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 Consignado Proteção Completa, a diferença apurada será paga ao segundo beneficiário, que, nesse caso, será o próprio segurado.

31.3.2.1. 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.

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

31.4. Beneficiários do seguro

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

31.4.2. Demais regras, constantes no **item 12**.

31.5. Carência

31.5.1. Não há carência para esta cobertura.

31.6. Franquia

31.6.1. Não é aplicável franquia a esta cobertura.

31.7. Liquidação de sinistros

31.7.1. 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.

31.7.2. 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.

31.8. Disposições gerais

31.8.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das Condições Gerais, das quais esta é integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

31.8.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do seguro.

32. COBERTURA DE PERDA DE RENDA

32.1. Objetivo da cobertura

32.1.1. 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.**

32.1.1.1. 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.

32.1.1.2. Para o evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, o segurado terá cobertura caso este venha a 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.

32.1.1.2.1. 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.

32.1.2. Para ter direito à 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 à 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.

32.1.2.1. Para confirmação da condição de desempregado ou incapaz, poderá ser solicitada, a qualquer momento, a comprovação da permanência da condição, pelo reenvio de documentação para avaliação do sinistro.

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

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

- a) o segurado deve ser pessoa física;
- b) o segurado deve ter passado pela condição de trabalhador formal, contratado por meio de contrato de trabalho registrado em carteira profissional (CTPS) no regime da Consolidação das 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 pela Carteira Profissional por Tempo de Serviço;
- d) o segurado deve comprovar a perda de emprego do Trabalho Formal, sendo essa 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 à quitação 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.

32.1.3.2. 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 por meio da GRPS (Guia de Recolhimento da Previdência Social) ou RPA (Recibo de Pagamento 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.

32.1.4. 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.

32.2. Riscos excluídos

32.2.1. Além dos riscos excluídos para todas as coberturas do seguro, constantes 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 a empresa demite mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês ou em um 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) recebimento de Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- l) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- m) rescisão do contrato de trabalho negociada entre segurado e seu empregador; e transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- n) 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 Esforço Repetitivo - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- o) 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;
- p) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

- q) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- r) moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picadas de insetos;
- s) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem ao controle da natalidade;
- t) cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- u) tratamento estético e de tratamento para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a elas relacionados;
- v) anomalias congênitas e doenças psiquiátricas e mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- w) tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- x) período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, ainda que a necessidade do tratamento decorra de acidente coberto.

32.3. Capital Segurado

32.3.1. O Capital Segurado e a quantidade de parcelas indenizáveis serão estabelecidos na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

32.3.2. 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 Consignado Proteção Completa, a diferença apurada será paga ao segundo beneficiário, que, nesse caso, será o próprio segurado.

32.3.2.1. 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.

32.4. Beneficiários do seguro

32.4.1. O primeiro beneficiário será sempre o Estipulante e o segundo beneficiário será o próprio segurado.

32.5. Carência

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

32.6. Franquia

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

32.6.1. 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.

32.6.2. A contagem da 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 comprovada por meio de atestado médico, e deverá ser cumprida pelo período estipulado no **item 32.8.1** destas condições.

32.7. Liquidação de sinistro

32.7.1. 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.

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

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

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

- a) Exames médicos e 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 Autônomo) e Declaração de Imposto de Renda – cópia simples. Se aposentado, comprovante do pagamento do benefício (Aposentadoria). Para os demais, Declaração de Imposto de Renda (se houver).

32.7.2. A Incapacidade Física Total e Temporária 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.

32.7.3. 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.

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

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

32.7.6. Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Nesse 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.**

32.7.7. A seguradora poderá solicitar a atualização dessas informações ao segurado, de acordo com a periodicidade de pagamento da indenização. Nessa hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento de indenização.

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

32.8. Disposições gerais

32.8.1. Aplicam-se a esta cobertura todas as disposições constantes das Condições Gerais, das quais esta é integrante, desde que não contrariem o disposto nestas condições especiais, que são complementadas pelo contrato de seguro.

32.8.2. As normas constantes nestas condições especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do seguro.