



SEGURO VIDA PROTEÇÃO COMPLETA

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.635607/2024-04
CNPJ: 87.376.109/0001-06

 Santander

Seguro Vida Proteção Completa

Condições Gerais

Versão 07/2024

PROCESSO SUSEP Nº 15414.635607/2024-04
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., aqui designado Estipulante, oferecem o **Seguro Vida Proteção Completa**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

Aceitação: é a aprovação, pela seguradora, da Proposta a ela submetida para contratação ou modificação do seguro.

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que suicídio, ou tentativa de suicídio, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Apólice Coletiva: é o documento, emitido pela seguradora, que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo Estipulante.

Apólice de Seguro: é o documento, emitido pela seguradora, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo Estipulante, em favor do grupo segurado.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Beneficiário deve fazer à seguradora.

B

Beneficiário: são as pessoas físicas ou jurídicas em favor das quais é devida a Indenização em caso de Sinistro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo de Indenização para a cobertura contratada. O Capital Segurado por cobertura constará expressamente na Proposta e no Certificado Individual.

Carência: é o período durante o qual a seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Certificado Individual: é o documento emitido pela seguradora e entregue ao segurado que formaliza a Aceitação, a Renovação do seguro e/ou a alteração dos valores do Capital Segurado ou do Prêmio do Seguro. Este documento contém as informações essenciais do seu seguro.

Coberturas: 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: é o conjunto de todas as disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, na Apólice Coletiva, nas Propostas e no Certificado Individual.

Condições Gerais: é o presente documento, que possui o conjunto de cláusulas que regem o plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do Estipulante e dos segurados.

Contrato Coletivo: é o instrumento jurídico, firmado entre o Estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da seguradora e dos segurados.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Susep (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a legislação vigente.

D

Data de Ocorrência: é a data em que se inicia o fato gerador do Sinistro.

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.

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.

Dolo: é a prática intencional de ato ou omissão de fato de que resulte crime.

E

Endosso: é o documento expedido pela seguradora, durante a Vigência, que formaliza a alteração do seguro contratado, de comum acordo entre as Partes envolvidas.

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

F

Franquia: é a 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: é a parte do Grupo Segurável que foi efetivamente incluída na Apólice Coletiva após Aceitação da seguradora.

Grupo Segurável: é constituído pela totalidade de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúnem as condições para aderirem à Apólice Coletiva.

I

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.

Indenização: é o valor a ser pago pela seguradora ao Beneficiário na ocorrência do Sinistro, respeitando o limite do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada.

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

M

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

O

Obrigações Pecuniárias: correspondem ao valor devido em decorrência da obrigação assumida pela seguradora ou pelo segurado.

P

Prêmio do Seguro: é o valor pago pelo Responsável Financeiro à seguradora para que o segurado tenha direito às Coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um 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.

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.

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

Proposta: é o 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.

R

Renovação: é a continuidade da Cobertura do seguro, por meio da emissão de nova Apólice Coletiva 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, sendo chamado de "regime de caixa" e não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao Responsável Financeiro, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

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

Risco Coberto: é o 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.

S

Segurado: denominado também como segurado principal, é a pessoa física cuja Proposta de Adesão foi aceita pela seguradora, ou seja, que aderiu ao seguro.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os Riscos Cobertos especificados no seguro, sendo, neste produto, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., CNPJ 87.376.109/0001-06.

Sinistro: é a ocorrência do Risco Coberto, durante o período de Vigência do seguro.

V

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

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. O objetivo deste seguro é garantir ao segurado ou a seu Beneficiário, o recebimento do Capital Segurado contratado, caso ocorra um dos eventos previstos nas Coberturas contratadas durante o período de vigência, desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Cobertura Básica (contratação obrigatória):

a) Morte por qualquer causa (natural e acidental)

3.2. Coberturas Adicionais (poderão ser contratadas de acordo com os planos disponibilizados pela seguradora e Estipulante):

a) Invalidez Permanente Total por Acidente;

b) Perda de renda decorrente de desemprego ou Incapacidade Física Temporária por Acidente.

3.3. As coberturas contratadas constarão no certificado individual do seguro.

3.4. A definição das Coberturas, seus respectivos objetivos, Riscos Cobertos e seus Riscos Excluídos específicos estarão descritos neste documento.

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) doenças, lesões, acidentes ou sequelas preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do segurado e/ou de seus representantes legais;

b) atos ilícitos praticados pelo segurado, pelo Beneficiário e/ou pelos seus respectivos representantes legais;

c) uso de material nuclear para quaisquer fins não terapêuticos, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

d) atos reconhecidos como atentatórios à ordem pública pela autoridade pública competente, por exemplo, conflitos armados, revoltas ou atos terroristas, exceto se for devido à prestação de serviço militar;

- e) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- f) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- g) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) suicídio ou tentativa de suicídio, se ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos, ininterruptos, de vigência do contrato de seguro.

4.2. Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal, também estão excluídos:

- a) danos estéticos ou perda dos dentes;
- b) doenças, quaisquer que sejam suas causas, inclusive Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- c) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não ocorrerem em consequência de Acidente Pessoal coberto;
- d) perturbações, envenenamentos ou intoxicações, salvo a ingestão de medicamentos, exclusivamente quando prescritos por médico em consequência de Acidente Pessoal;
- e) moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores e de picadas de insetos;
- f) eventos ocorridos quando o segurado estiver conduzindo qualquer tipo de veículo sem possuir habilitação para esta condução;
- g) a prática de atividades sem as devidas certificações, autorizações ou sem os equipamentos de segurança necessários para determinado fim.

5. ACEITAÇÃO E ADESÃO AO SEGURO (PROPONENTE)

5.1. Para aceitação no seguro, o proponente individual deverá atender aos critérios de aceitação estabelecidos pela seguradora.

5.2. Os critérios de aceitação estarão à disposição do Estipulante e do proponente individual previamente à contratação e constarão das condições contratuais do seguro.

5.3. Após conhecimento destas Condições Gerais, a intenção do Proponente pela adesão ao seguro deverá ser formalizada por meio da Proposta de Adesão, com o preenchimento de todas as informações solicitadas pela seguradora para Análise do Risco do seguro e com a devida certificação do Proponente, de seu representante legal ou do Corretor de Seguros.

5.3.1. O preenchimento e a formalização da Proposta de Adesão também poderão ser efetuados por Meios Remotos, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, por exemplo, mediante *login* e senha no aplicativo Santander com certificação digital, pelo uso de senha pessoal e intransferível ou por processos de dupla verificação de identificação.

5.3.2. Na adesão ao seguro, o Proponente poderá, em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da Proposta, desistir deste processo, mediante formalização ao Estipulante e seguradora; nesta hipótese, serão devolvidos os valores já pagos referentes ao Prêmio do Seguro.

5.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela seguradora, que terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias, a partir do recebimento da proposta, para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta.

5.4.1. O simples recebimento do Prêmio do Seguro não representa Aceitação por parte da seguradora.

- 5.4.2.** A seguradora poderá solicitar documentos complementares para a análise e a Aceitação do Risco quantas vezes for necessário, durante o prazo previsto na cláusula **5.4**.
- 5.4.3.** No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto nesta cláusula **5.4** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à seguradora.
- 5.4.4.** Caso ocorra algum Sinistro durante o prazo previsto nesta cláusula **5.4**, estando o Risco proposto dentro das condições normais de Aceitação da seguradora, a Indenização devida será paga.
- 5.5.** Caso decida pela não Aceitação da Proposta de Adesão ao seguro, a seguradora deverá comunicar esta decisão formalmente ao Proponente, a seu representante legal, ou seu Corretor de Seguros, com a devida justificativa da recusa, dentro do prazo previsto na cláusula **5.4**.
- 5.5.1.** 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.
- 5.5.2. Caso a seguradora não manifeste formalmente esta recusa dentro dos prazos citados, a Aceitação será tácita e a Proposta de Adesão será automaticamente aceita.**
- 5.6.** Estando o seguro aceito, a seguradora emitirá o Certificado Individual em até 15 (quinze) dias, a partir da data de Aceitação da Proposta de Adesão.
- 5.7.** A partir da Aceitação do seguro por parte da seguradora, o Proponente passará a ser denominado como segurado e fará parte do grupo segurado da Apólice Coletiva.
- 5.8.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endorso à apólice/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 a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

6. CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA (ESTIPULANTE)

- 6.1.** O Estipulante contratará a Apólice Coletiva por meio de acordos com a seguradora, podendo ofertar o seguro ao Grupo Segurável, conforme condições e conjugações preestabelecidas e seguindo as obrigações presentes nestas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

7.1. Certificado Individual:

- 7.1.1.** O seguro individual vigorará pelo prazo do contrato firmado com o estipulante, sendo que o início de vigência se dará no dia subsequente à liquidação antecipada da obrigação e o fim da vigência será equivalente ao prazo final da operação de crédito.
- 7.1.2.** O início e o término de Vigência do seguro serão a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual e, quando houver, nos Endossos.
- 7.1.3.** Para as propostas de adesão recebidas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.1.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice.

7.2. Apólice Coletiva:

7.2.1. A Apólice Coletiva vigorará pelo prazo definido entre Estipulante e seguradora, sendo renovada automaticamente ao final do período, limitado a uma renovação automática.

7.2.2. As renovações posteriores da Apólice Coletiva serão feitas de forma expressa entre o Estipulante e a seguradora, desde que não implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

7.2.3. Caso haja, na renovação da Apólice Coletiva, alguma alteração que implique ônus ou dever dos segurados ou redução de seus direitos, esta deverá ser feita por meio de aditivo à Apólice Coletiva, devidamente ratificada pelo correspondente Endosso, e deverá conter a anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.2.4. Terminada a vigência da Apólice Coletiva, esta poderá ou não ser renovada pela seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio e expresso de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice Coletiva.

7.2.4.1. No caso de não renovação, se existirem Certificados Individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da Apólice Coletiva não renovada, a Apólice e o respectivo Contrato Coletivo (quando houver) deverão ter suas vigências estendidas, pelo Estipulante e pela seguradora, até o final de vigência especificado nos Certificados Individuais já emitidos.

7.3. É expressamente vedada a emissão de novos Certificados Individuais durante o período de vigência estendida de que trata a cláusula acima.

7.4. Para a Renovação de seguro, serão utilizadas as informações constantes da Apólice Coletiva e/ou do Certificado Individual em vigor. Se ocorrer qualquer alteração, o Estipulante, o segurado, seu representante legal ou seu Corretor de Seguros deverá informá-la à seguradora para análise de Risco.

7.5. A emissão da Apólice Coletiva e do Certificado Individual será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da sua respectiva Renovação.

7.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a Apólice Coletiva ou o Certificado Individual de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice Coletiva ou do Certificado Individual, observado o disposto na cláusula 7.2.

8. ALTERAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL (ENDOSSO)

8.1. O segurado poderá solicitar alterações cadastrais, de beneficiários ou quaisquer outras que não influenciem nos Riscos Cobertos a qualquer momento, mediante solicitação à seguradora.

8.2. Caso seja disponibilizado pela seguradora e pelo Estipulante, o segurado poderá solicitar alterações nas Coberturas contratadas, como aumento ou redução do Capital Segurado e inclusão ou exclusão de Coberturas, sendo estas modificações passíveis de análise de Aceitação pela seguradora.

8.3. A intenção do segurado por qualquer alteração de informações constantes no Certificado Individual deverá ser formalizada por meio da Proposta de Endosso, com o preenchimento de todas as informações solicitadas pela seguradora e com a devida certificação do segurado, de seu representante legal ou de seu Corretor de Seguros.

8.4. A seguradora fornecerá ao segurado, a seu representante legal ou a seu Corretor de Seguros o protocolo de recepção da Proposta, contendo a data e a hora deste recebimento.

8.5. Nos casos de alterações das Coberturas contratadas, a Aceitação da Proposta de Endosso estará sujeita à análise do Risco pela seguradora.

- 8.5.1.** A partir da data de recebimento da Proposta de Endosso, iniciar-se-á um prazo de 15 (quinze) dias para a seguradora manifestar-se sobre a Aceitação ou recusa do Risco.
- 8.5.1.1.** A seguradora poderá solicitar documentos complementares para a análise e a Aceitação do Risco uma única vez, durante o prazo previsto nesta cláusula **8.5.1**.
- 8.5.1.2.** No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto nesta cláusula **8.5.1** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à seguradora.
- 8.5.1.3.** Caso ocorra algum Sinistro durante o prazo previsto nesta cláusula **8.5.1** estando o Risco proposto dentro das condições normais de Aceitação da seguradora, a Indenização devida será paga já nas novas condições alteradas.
- 8.5.2.** Caso decida pela não Aceitação da Proposta de Endosso ao seguro, a seguradora deverá comunicar esta decisão formalmente ao segurado, a seu representante legal ou a seu Corretor de Seguros, com a devida justificativa da recusa dentro do prazo previsto na cláusula.
- 8.5.2.1.** Na situação em que o Prêmio do Seguro aumentaria com as modificações solicitadas e que já tenha havido adiantamento destes valores, a recusa gerará devolução dos valores a mais 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 Endosso e a data da formalização da recusa.
- 8.5.2.2. Caso a seguradora não manifeste formalmente esta recusa dentro dos prazos citados, a Proposta de Endosso será automaticamente recusada, mantendo-se as condições anteriormente vigentes.**
- 8.5.3.** Sendo as modificações aceitas, a seguradora emitirá o Endosso em até 15 (quinze) dias, contados a partir da data de Aceitação da Proposta de Endosso.
- 8.6.** O início de Vigência das modificações contará a partir da data de recepção da Proposta de Endosso pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes. O final de Vigência manterá o que estava previamente disposto no seguro.

9. FRANQUIA E CARÊNCIA

- 9.1. 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.
- 9.2.** O período de carência e franquia poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde ou por exame médico.
- 9.3. Sobre a Carência:**
- 9.3.1.** A contagem se inicia a partir do início de Vigência do Certificado Individual.
- 9.3.2.** Em caso de Endosso, poderá ser aplicada carência em relação à parte aumentada de Capital Segurado para cada Cobertura modificada. Neste caso, a contagem se iniciará a partir da data de início de Vigência do Endosso.
- 9.3.3.** A Carência não será aplicada em caso de eventos decorrentes de Acidente Pessoal, **exceto no caso de suicídio ou tentativa de suicídio, cuja Carência será de 2 (dois) anos, conforme determinado por legislação vigente.**
- 9.3.4.** Com exceção da Carência por suicídio ou tentativa de suicídio, o período não poderá exceder metade do prazo de Vigência do Certificado Individual.

9.4. Sobre a Franquia:

9.4.1. A contagem se inicia a partir da Data de Ocorrência do Sinistro, **excluindo-se, assim, eventos que perdurem por um período menor.**

9.4.2. É aplicável apenas a Coberturas que dependam de o segurado manter-se nas condições de Sinistro para ser elegível ao recebimento da Indenização.

10. PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. A seguradora encaminhará o estímulo de cobrança diretamente ao Estipulante ou seu representante, observados os prazos do seguro.

10.2. O pagamento do Prêmio poderá ser efetuado de forma única ou fracionada, conforme opções disponibilizadas pela seguradora.

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

10.4. 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.

10.5. Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

10.6. 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.

10.7. Este seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, Beneficiário ou ao Estipulante.

10.8. 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.

10.8.1. 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.

11. FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

11.1. A falta de pagamento do Prêmio do Seguro não acarretará a suspensão automática das Coberturas dentro do prazo de 90 (noventa) dias, exceto pela falta de pagamento da primeira parcela ou do Prêmio do Seguro à vista, que causará o cancelamento do seguro.

11.1.1. Durante este período de inadimplência de 90 dias, considerando a data de vencimento da primeira parcela vencida:

11.1.1.1. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do Prêmio do Seguro devido.

11.1.1.2. A seguradora comunicará a inadimplência ao segurado e/ou a seu representante legal, por qualquer meio comprovável, e com base nos dados de contato que a ela foram informados, antes do eventual cancelamento do seguro.

11.1.2. Ao fim do período de inadimplência de 90 dias, considerando a data da parcela vencida mais antiga:

11.1.2.1. Realizada a comunicação de inadimplência pela seguradora, sem que tenha sido paga a respectiva parcela do Prêmio do Seguro, o Certificado Individual ou o Endosso a ele referente ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial. 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.

11.2. O segurado poderá restabelecer o direito às Coberturas contratadas pela Vigência inicialmente acordada, desde que retome o pagamento do Prêmio do Seguro devido dentro do prazo estabelecido na cláusula **11.1.2**, sendo facultada à seguradora a cobrança de juros, nos termos da cláusula **15**.

11.3. Restabelecido o pagamento do Prêmio do Seguro das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos previstos, dentro do novo prazo de Vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original do seguro.

12. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

12.1. Para manutenção do equilíbrio atuarial e do valor real contratado para o seguro, anualmente e na data de aniversário do Certificado Individual, os Capitais Segurados serão atualizados com base em:

12.1.1. Inflação:

12.1.1.1. O Capital Segurado correspondente será atualizado monetariamente com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

12.1.1.1.1. A atualização monetária do Capital Segurado será efetuada com base na variação acumulada dos últimos 12 (doze meses), se positiva, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do seguro.

12.1.2. No caso de recusa da Proposta, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do Prêmio do Seguro, os valores serão devolvidos ao Proponente, devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

12.1.3. No caso de recebimento indevido de Prêmio do Seguro, os valores serão devolvidos ao Proponente, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela seguradora, que é a data de exigibilidade.

12.1.4. No caso de cancelamento do seguro por iniciativa da seguradora, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade.

12.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto na cláusula **17.3.1** destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da Data de Ocorrência do Sinistro.

12.2. 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, com os demais valores do seguro.

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

13. CAPITAL SEGURADO

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

13.2. Este plano de seguro é na modalidade Capital Segurado Fixo, que é a modalidade em que o Capital Segurado não varia ao longo da vigência. Corresponderá necessariamente ao valor contratado para a operação de crédito/compromisso ou o seu saldo devedor vigente na data de contratação do seguro.

13.3. O Capital Segurado referente à **cobertura de Perda de renda** corresponderá à quantidade de parcelas estabelecidas nos documentos contratuais. O valor a ser indenizado será limitado ao valor da parcela da obrigação assumida pelo segurado junto ao Credor/Estipulante, limitado ao Capital Segurado estabelecido no certificado.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. O Certificado Individual será cancelado nas seguintes situações:

- a) com a morte do segurado;
- b) por solicitação do segurado ou de seu representante legal;
- c) se o prêmio do seguro não for pago, conforme previsto na cláusula **11.1**;
- d) quando ocorrer qualquer uma das situações de Perda de Direitos, conforme previsto na cláusula **20**;
- e) com o cancelamento ou o final de Vigência sem renovação da Apólice Coletiva mantida entre Estipulante e seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Proponente;
- f) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante e desde que o Estipulante não permita a manutenção do segurado no plano;
- g) encerrado o prazo de Vigência do Certificado Individual que não tenha sido renovado;
- h) reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado.

14.1.1. No caso de cancelamento do seguro em razão das circunstâncias abrangidas pela alínea “d” acima, haverá a perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de Prêmio e/ou Indenização.

14.1.2. O final de vigência especificado no Certificado Individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da Apólice Coletiva.

14.1.3. O cancelamento cessa a cobertura securitária, portanto, a seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade sobre eventos ocorridos ao segurado após esta data.

14.1.4. Cancelado o Certificado Individual do seguro, as Coberturas somente poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova Proposta de Adesão e a análise de Aceitação do Risco por parte da seguradora.

14.2. A Apólice Coletiva será 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 $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- b) pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas Condições Gerais e/ou no Contrato Coletivo, quando houver;
- 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 Coletiva.

Após o cancelamento, a Apólice Coletiva do seguro somente poderá ser reabilitada mediante novo acordo com o Estipulante e nova análise de Aceitação dos Riscos por parte da seguradora.

14.3. Na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, 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%
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%

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
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%
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.

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.

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.

15. JUROS DE MORA

15.1. O não cumprimento das obrigações pela seguradora ou pelo segurado acarretará juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista na cláusula **12.1.1.1**.

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

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

16. BENEFICIÁRIO

16.1. Na cobertura de Morte, o segurado poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os Beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

16.2. Caso não haja indicação dos Beneficiários pelo segurado principal durante a vigência do seguro ou caso, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita na cobertura de Morte, o Capital Segurado será pago conforme a legislação vigente.

16.3. Nas coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente e Perda de Renda, o Beneficiário será o próprio segurado. Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, os Beneficiários serão aqueles indicados para a cobertura de Morte.

17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1. Na liquidação do Sinistro, a data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, para cada Cobertura, será:

- a) Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal:** a data do acidente.
- b) Morte (por falecimento de causas naturais):** o dia do falecimento.
- c) Para evento de 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.
- d) Para evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente:** a data do acidente pessoal coberto.

17.2. Em caso de Sinistro, o segurado ou o Estipulante ou o Beneficiário deverá:

17.2.1. Comunicar o Sinistro imediatamente à seguradora, por meio dos canais disponíveis.

17.2.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação disposta nas condições especiais destas Condições Gerais.

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

17.2.4. Fornecer à seguradora os documentos previstos nas cláusulas das coberturas constantes das Condições Especiais do Seguro.

17.3. Liquidação do Sinistro:

17.3.1. O prazo máximo para pagamento da Indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a seguradora receber todos os documentos necessários para a comprovação do Sinistro, de acordo com a relação constante da cláusula **das coberturas constantes das Condições Especiais do Seguro**.

17.3.2. Em caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora dos documentos, das informações ou dos esclarecimentos complementares.

17.3.3. O não pagamento da indenização no prazo previsto na cláusula **17.3.1** implicará a aplicação de juros de mora, de acordo com a cláusula **15**, sem prejuízo de sua atualização, de acordo com a cláusula **12.1**.

17.3.4. Para o recebimento da indenização, deverá o Beneficiário prestar toda a assistência que se fizer necessária e provar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, bem como relatar todas as circunstâncias relacionadas ao Sinistro, sendo facultada à seguradora a adoção de medidas para plena análise do fato.

17.3.5. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

17.3.6. Os atos ou as providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, para o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado reclamado.

17.3.7. O pagamento da Indenização será realizado sob a forma de parcela única.

17.3.8. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a Indenização não é devida, a seguradora comunicará ao segurado ou ao Beneficiário por qualquer meio comprovável, com base nos dados de contato que a ela foram informados, a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto na cláusula **17.3.1**.

18. PERÍCIA MÉDICA

18.1. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de um Sinistro, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado.

18.1.1. O Segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar que participaram de seu atendimento forneçam as informações solicitadas pela seguradora, a qual se compromete a zelar por sua confidencialidade.

18.1.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

18.1.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

18.1.4. 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.

18.1.5. 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.

19. JUNTA MÉDICA

19.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a dúvida quanto ao correto enquadramento do Risco Coberto, a seguradora poderá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

19.1.1. A junta médica será constituída por três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

19.1.2. 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.

19.1.3. 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.

20. PERDA DE DIREITOS

20.1. 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 à restituição do Prêmio do Seguro já pago, se:

20.1.1. agravar intencionalmente o risco;

20.1.2. praticar atos que sejam contrários aos termos e obrigações previstos nestas Condições Gerais;

20.1.3. 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;

20.1.4. por si ou por seu representante legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive doenças e lesões preexistentes, que possam influir na aceitação da Proposta, no valor do Prêmio ou na regulação do Sinistro.

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

20.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

- a) cancelar o seguro, podendo reter do Prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido (*Pro Rata*); ou**
- b) 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.**

20.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) 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**
- b) 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.**

20.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: após o pagamento da Indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de Prêmio cabível.

20.3. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à Indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.3.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá, por meio de comunicação formal:

- a) cancelar o seguro;**
- b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes;**
- c) cobrar a diferença de Prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.**

20.3.2. 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 (*Pro Rata*).

21. RECÁLCULO DO PRÊMIO

21.1. A seguradora poderá recalcular as taxas do seguro se alterações na natureza dos Riscos do seguro inviabilizarem ou prejudicarem o equilíbrio financeiro-atuarial, ou de acordo com negociações com o Estipulante.

21.2. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, aos seguros comercializados após a alteração.

21.3. Qualquer modificação em Apólice Coletiva vigente ou na renovação, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

21.4. A Apólice Coletiva não poderá ser cancelada durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 22.1.** Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do Risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.
- 22.2.** Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do Risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.
- 22.3.** Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro.
- 22.4.** Repassar para a seguradora o valor do Prêmio do Seguro recolhido dos segurados, nos prazos determinados como data de vencimento. 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.
- 22.5.** Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao Acordo Coletivo e Apólice Coletiva, quando for responsável por tais ações.
- 22.6.** Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro.
- 22.7.** Comunicar de imediato à 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.
- 22.8.** Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos Sinistros.
- 22.9.** Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 22.10.** Comunicar de imediato à Susep quaisquer informações e procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.
- 22.11.** Disponibilizar ao segurado as Condições Gerais deste seguro, anterior à sua contratação.
- 22.12. É expressamente vedado ao Estipulante:**
- 22.12.1.** Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora.
- 22.12.2.** Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar rigorosamente as Condições Contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.
- 22.12.3.** Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 22.12.4.** Vincular a contratação do seguro, objeto destas Condições Gerais, a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.
- 22.13.** Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, constará do Certificado Individual, o percentual e o valor deste pagamento, sendo o segurado informado sobre qualquer alteração que houver.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 23.1.** As Condições Gerais deste produto encontram-se registradas na Susep, de acordo com o número do processo constante na Proposta e no Certificado Individual e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

23.2. Estas Condições Gerais também estarão à disposição do Proponente, de seu representante legal ou de seu Corretor de Seguros, previamente à contratação do seguro, no endereço eletrônico do Estipulante: www.santander.com.br.

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

23.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da seguradora no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

23.5. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram em destaque no texto destas Condições Gerais.

24. PRESCRIÇÃO

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

25. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

25.1. O presente seguro cobre Sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, 24 (vinte e quatro) horas por dia, sendo que os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da seguradora.

25.2. O reembolso das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite do Capital Segurado estabelecido.

26. FORO

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

27. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

27.1. Osegurado concorda e reconhece que seus dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela seguradora para aceitação do risco, e, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos estatísticos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato para plano de previdência; ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajudem no cumprimento do referido contrato (por ex., assistência, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, *call center* etc.). Os dados do segurado serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros e Previdência.

27.2. O segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito de obter a qualquer momento a confirmação da existência de tratamento e o acesso aos dados. Para solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre seus dados pessoais, entre em contato conosco por meio dos canais de atendimento.

27.3. Para a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, o titular poderá acessar o *Internet Banking*, aplicativo do banco Santander ou entrar em contato com seu gerente.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

28. MORTE POR QUALQUER CAUSA

28.1. Objetivo da cobertura: garante o pagamento ao beneficiário, do Capital Segurado contratado, na ocorrência de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

28.2. Riscos Excluídos

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

28.3. 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.

28.4. Disposições Gerais:

28.4.1. 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.

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

29. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

29.1. Objetivo da cobertura: indenização 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.

29.2. Exemplos de Invalidez Permanente por Acidente que garantem o pagamento da indenização:

- 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

29.3. 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.

29.4. 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.

29.5. 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.

29.6. 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.

29.7. Riscos excluídos

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) acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) 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;
- c) 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;
- d) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- e) 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.

29.8. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

29.8.1. 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;

- a) RG/RNE, Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou CPF do segurado – cópia simples;
- b) Comprovante de endereço do segurado – cópia simples;
- c) Radiografias ou exames de imagem das lesões – cópia simples;
- d) Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT (em caso de acidente na empresa) – cópia simples;
- e) Boletim de Ocorrência – cópia simples.

29.9. Disposições Gerais

29.9.1. 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.

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

30. PERDA DE RENDA

30.1. Objetivo da cobertura: indenização, 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.

30.1.1. 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.

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

- a) o segurado deve ser pessoa física;
- b) permanência mínima de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos no mesmo empregador, comprovados por meio de Carteira Profissional por Tempo de Serviço;
- c) comprovar a perda de emprego do Trabalho Formal, sendo essa a atividade principal, por meio da declaração de imposto de renda;
- d) que o desligamento tenha ocorrido posteriormente ao término do período de carência indicada no certificado;
- e) que após o cumprimento da franquia indicada no certificado, o segurado comprove permanecer desempregado.

30.1.2. 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.

30.1.2.1. 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 certificado, 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 de 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.

30.1.3. Para 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.

30.1.4. 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.

30.1.5. 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.

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

30.2. Riscos excluídos

30.2.1. Além dos riscos excluídos para todas as coberturas do seguro, constantes no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, para o evento de desemprego involuntário 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.

30.2.2. Além dos riscos excluídos para todas as coberturas do seguro, constantes no item **4** das Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, para o evento de incapacidade física temporária por acidente e, portanto, a seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência de:

- a)** 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)** 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;
- c)** intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- d)** tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem ao controle da natalidade;
- e)** cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- f)** de tratamento estético e de tratamento para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a elas relacionados;
- g)** anomalias congênitas e doenças psiquiátricas e mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- h)** tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i)** período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, ainda que a necessidade do tratamento decorra de acidente coberto.

30.3. 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.

30.3.1. 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 do período de franquia estabelecido no contrato;
- b) Termo de rescisão do contrato de trabalho devidamente homologado no TRT ou no sindicato, com a discriminação das verbas rescisórias – cópia simples.

30.3.2. 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 (Recebimento 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).

30.4. 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.

30.5. 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.

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

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

30.8. 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.

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