

**SEGURO PRESTAMISTA
CONSÓRCIO**

Condições Contratuais

Versão 1.2

CNPJ 87.912.143/0001-58
Processo SUSEP nº 15414.002696/2011-85

SEGURO PRESTAMISTA CONSÓRCIO – Versão 1.2

CONDIÇÕES GERAIS

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ou saldo devedor ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído da cobertura securitária”.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) as doenças, inclusive as profissionais, pandemias ou epidemias, 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) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) 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”.

2.2. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

2.4. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.5. Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.6. Certificado Individual: documento destinado ao segurado e emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas contratadas.

2.7. Cobertura: compromisso da seguradora com o pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

2.8. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

2.10. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.

2.11. Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

2.12. Doença ou Deficiência Preexistente: toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora, ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

2.13. Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor.

2.14. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.

2.15. Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

2.16. Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável aceito e incluído na apólice coletiva.

2.17. Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.18. Indenização: pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).

2.19. Instituição Financeira: pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas condições especiais do seguro.

2.20. Início de Vigência: a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.

2.21. Laudo Médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

2.22. Período de Vigência: período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.

2.23. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.

2.24. Proponente: o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.25. Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física e pessoa jurídica manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

2.26. Riscos Excluídos: os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

2.27. Saldo Devedor: é a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do sinistro.

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

2.29. Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total para o estipulante, e este o repassa à seguradora.

2.30. Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

2.31. Valor da Categoria: Em consórcios é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com prêmio recolhido.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital ou saldo devedor segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.1.2.1. Garante o pagamento do capital segurado ou saldo devedor contratado ao beneficiário, caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.1.2.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total” os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés; e
- perda total do uso de ambos os pés.

3.1.2.3. O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

3.1.2.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital ou saldo devedor segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.1.2.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas, podendo ser:

- Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente
- Perda de Renda por Desemprego Involuntário

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
- e) lesão premeditada auto-infligida, suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- f) inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- g) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- h) epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- i) dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior; e
- j) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
- l) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelos sócios controladores da empresa segurada, seus dirigentes e administradores legais, Beneficiários e pelos representantes legais de cada uma destas partes.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídas da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) acidentes médicos;
- c) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- e) envenenamentos, exceto escapamento de gases e vapores;
- f) viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- g) perda de dentes e os danos estéticos;
- h) qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize

a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.4. Não estarão cobertos pelo presente seguro Segurados que:

- a) Não tenham preenchido a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade constante das Especificações do Seguro, e/ou que esta tenha sido recusada;
- b) Sejam sócios do Estipulante, a qualquer título;
- c) Sem que tenha sido observada a legislação referente ao capítulo I da personalidade e capacidade da pessoa física, descrita no Código Civil Brasileiro;
- d) Sejam Órgãos da União, Estados, Municípios e respectivas Autarquias, bem como de empresas controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público;
- e) Sejam associações, igrejas, cooperativas, sindicatos e instituições similares; e
- f) Não tenham pago o prêmio devido à Seguradora, não averbados.

5. ÂMBITO DA COBERTURA

5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como a Declaração Pessoal de Saúde.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, poderá ser aplicada uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente pessoais, conforme especificado nas condições contratuais.

7.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, acompanhados das seguintes informações cadastrais.

8.1.1. Se pessoa física:

- a) nome completo;
- b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
- c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.

8.1.2. Se pessoa jurídica:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida;
- c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e

d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

8.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

8.2.1. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

8.2.2. Em caso de recusa da proposta dentro dos prazos previstos, a cobertura prevalecerá por mais 2 dias úteis, contados a partir da data em que o proponente, seu representante ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.

8.2.3. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pro rata temporis pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.

8.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

8.3.1. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias. Neste caso, o prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.4. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:

- a) estar em condições normais de saúde;
- b) estar em atividade normal no trabalho ou, no caso de aposentados, somente por tempo de serviço;
- c) ter mais de 14 (quatorze) anos e menos que a idade indicada na Apólice de Seguro, na data de sua inclusão no seguro.
- d) a idade do Segurado não poderá ser superior a idade indicada na Apólice de Seguro obtida entre a soma da idade na data da assinatura do contrato ao prazo do financiamento/grupo.
- e) preencher e assinar a Declaração Pessoal de Saúde.

8.5. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

8.6. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

8.7. Nos casos de cota em nome de Pessoa Jurídica:

- a) deverá ser informado a Seguradora quando da adesão às datas de nascimento de todos os sócios;
- b) serão considerados sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão e a indenização será feita na mesma proporção da sua participação no capital social da empresa, desde que atenda as condições, conforme descrito nesta cláusula;

c) nos casos em que haja uma cota em nome de três pessoas físicas, a indenização será proporcional ao número de titulares desta cota, observando-se as restrições para ingresso de participantes na apólice. Sendo que se um dos participantes estiver impedido de ingressar na apólice, o percentual de cobertura a ele correspondente será transferido aos outros participantes que satisfaçam as condições de ingresso.

d) quando um dos sócios não atender aos itens desta cláusula ou ainda não atender o item 4.1.c) da CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, a Seguradora fica isenta do pagamento de indenização de sua cota parte.

8.8. Quando for constatado cota de consórcio adquirido em nome de pessoa jurídica, e em se tratando de Sociedade Anônima, a Seguradora fica isenta do pagamento de indenização e providenciará imediatamente a devolução do prêmio pago atualizado pela Taxa Referencial (TR) até a data da efetiva devolução.

8.9. Quanto tratar-se de massa transferida, serão aceitos todos os consorciados que já possuam contrato junto ao Estipulante, desde que comprove através de cópia da apólice anterior e relação de faturamento dos últimos 03 (três) meses, com recolhimento de prêmio. Sem prejuízo do item 8.4. desta cláusula.

8.10. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.11. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

9.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

9.3. Para contratos em andamento (massa transferida), a cobertura iniciar-se-á junto com a vigência da apólice.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

10.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

10.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

11. CAPITAIS SEGURADOS

11.1. Os limites de capitais segurados poderão ser o Valor da Categoria, Valor do Crédito ou Saldo Devedor determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

11.2. O Estipulante deverá submeter, para aceitação da Seguradora, todos os casos de Segurados cujo limite estabelecido seja ultrapassado, isentando a Seguradora de qualquer responsabilidade pela não apresentação e aceitação.

11.2. O Capital Segurado é fixado nas condições contratuais acordadas entre as partes, e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora, por CPF/CNPJ.

11.3. A Seguradora poderá realizar a devolução dos casos que ultrapassar o Capital Segurado acordado nas condições contratuais, respeitando o prazo estabelecido no item 8.2 destas condições.

11.4. Para casos acima do limite máximo de responsabilidade, a Seguradora poderá estabelecer outras Condições para a inclusão do Segurado na cobertura da apólice, as quais deverão ser observadas pelo Estipulante, sob pena de exclusão da cobertura da apólice de todas as operações de financiamento/crédito efetuadas com o referido Segurado.

12. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

12.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se forem aceitos pela seguradora, a vigência dos novos capitais segurados terá início no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para hipótese de suicídio.

12.1.1. A carência de 2 (dois) anos a que se refere o item 12.1 é referente ao aumento do capital segurado, ou seja, da diferença entre o capital segurado novo e o antigo.

13. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Para os casos de capital segurado não variável de acordo com o saldo devedor, estes serão anualmente atualizados em conformidade com IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

13.2. Para os casos de capital segurado variável de acordo com o saldo devedor, mensalmente os capitais segurados e os prêmios serão recalculados em conformidade com o valor do saldo devedor.

13.3. Na proposta de seguro constará se o critério utilizado será de atualização ou de recálculo do capital segurado.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. O prêmio deste seguro deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice/Certificado de Seguro ou

no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses ao corretor de seguros até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.

14.1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não houver expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário

14.1.2. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.

14.1.3 Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários.

14.1.4. Os pagamentos dos prêmios obedecerão às disposições vigentes, não sendo admitida, sob qualquer hipótese, a sua compensação com sinistros pendentes, renunciando expressamente o Estipulante a esta compensação, de acordo com o permissivo constante do Código Civil Brasileiro.

14.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

14.2.1 Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários

14.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.

14.4. Mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês de competência do risco, deverá ser enviada à seguradora uma listagem ou qualquer outro meio magnético com as informações necessárias para o cálculo do prêmio, incluindo-se nome, sexo, CPF, data de nascimento e data de inclusão (conforme estrutura de arquivo de averbação mensal – Anexo I das Condições Contratuais). Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado, a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.

14.5. O valor mínimo para faturamento mensal será o estipulado nas Condições Contratuais independente da quantidade de Segurados.

14.6. O seguro será custeado totalmente pelo Segurado.

14.7. De posse desses dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento conforme o total do prêmio devido especificado nas condições contratuais.

14.8. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO e 18 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.

14.8.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

14.8.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

14.9. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXA

15.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

15.2. Anualmente, será efetuada a apuração de sinistralidade da apólice (Sinistro dividido por Prêmio), e se esse percentual for superior a 50% (cinquenta por cento), as condições do negócio serão revistas, e serão efetuados os ajustes conforme abaixo:

- 1º) redução da comissão; e/ou por último**
- 2º) reajuste no valor do prêmio.**

15.2.1. A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa dos segurados que representem no mínimo três quartos do grupo segurado.

15.2.2. Quando ocorrer a reavaliação das taxas, esta será realizada por endosso à apólice.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

16.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
- quando terminar o prazo do financiamento/consórcio;
- quebra de vínculo existente entre o Segurado e Estipulante;
- pagamento pelo Segurado da última parcela devida junto ao Estipulante, salvo se houver antecipação das parcelas;
- falecimento do Segurado;
- exclusão do Segurado por solicitação do Estipulante;
- não pagamento do prêmio devido, excedendo o prazo de inadimplência estabelecido no item 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
- se o Segurado não fizer declarações verdadeiras ou completas, ou omitir circunstâncias do seu conhecimento que pudessem ter influenciado na aceitação do seguro ou na determinação do prêmio;
- se o Segurado ou seus prepostos praticarem atos ilícitos ou dolo, simulando, provocando, ou agravando as consequências do sinistro, para obter benefícios deste seguro;

- cancelamento da apólice;
- ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

17.1. O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança.

17.1.1 Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do prêmio e, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiários.

17.2. Na falta de pagamento de 02 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

CLÁUSULA 18ª – PAGAMENTO DE PRÊMIO

18.1 O pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, nos casos de fracionamento, será efetuado obrigatoriamente até 30 (trinta) dias contados da data de emissão da Apólice, por meio de rede bancária, documento emitido pela Seguradora, ou débito em conta corrente do Segurado.

18.2 A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 18.1 quando definida esta forma de pagamento, diretamente ao Segurado, seu representante legal ou ao corretor de seguros, em até 05 (cinco) dias úteis antes da data do vencimento do respectivo documento.

18.3 O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até a(s) data(s) limite (s) prevista(s) para esse fim no documento de cobrança.

18.4 Se não houver expediente bancário no dia do vencimento previsto no documento de cobrança, o pagamento do prêmio deverá ser feito no primeiro dia útil subsequente.

18.5 Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

18.6 Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento da Apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

18.7 A falta de pagamento do prêmio à vista, ou da primeira parcela nas datas indicadas implicará no cancelamento automático da Apólice/Certificado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

18.8 No caso de fracionamento do prêmio, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

18.8.1. Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

18.9 A Seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, com antecedência de 10 (dez) dias do seu vencimento, que servirá como notificação para a regularização do contrato.

18.10 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido nesta cláusula, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.

18.11 Findado o novo prazo de vigência da cobertura calculado como previsto em 16.8, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, ou ainda, nos casos em que, a aplicação do disposto no referido subitem não resultar em alteração do prazo de vigência, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

19.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

19.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

19.4. Caso ocorra a quitação antecipada da dívida, com o seguro ainda vigente, a seguradora procederá o cancelamento da apólice e a respectiva a devolução do prêmio.

19.5. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
- a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, e no caso de seguro coletivo, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

20.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

20.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado ou saldo devedor será atualizado pela variação do preço do bem objeto do plano de financiamento/consórcio, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

20.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será de acordo com o informado nas Condições Contratuais.

20.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

20.5.1. Em caso de Morte:

- comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- comprovante de residência do segurado;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- comprovante de residência do beneficiário;
- Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML (em caso de acidente);
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);
- Cópia da proposta de adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde (devidamente preenchida e assinada pelo segurado);
- Cópia termo de declarações de testemunhas e indiciados (em caso de acidente);
- Laudo da Polícia Técnica e/ou Laudo do Instituto de Criminalística (em caso de acidente);
- Relatório médico complementar e/ou prontuário médico de hospital e/ou posto de saúde e/ou clínica particular do médico que assistia o segurado nos últimos anos, esclarecendo diagnóstico, data de início da doença, tratamentos e exames médicos realizados que diagnosticaram a doença; e

- Extrato do consórcio do mês do falecimento.

20.5.2. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- Comunicado de Sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- no caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.
- cópia do Registro de Empregado;
- comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (caso o segurado seja o motorista); e
- Radiografias do órgão lesado.

20.5.3. Cópia dos documentos dos beneficiários:

- Se forem os filhos: certidão de nascimento ou casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 anos;
- Se for o cônjuge: certidão de casamento;
- Se for o companheiro: cópia da Carteira Profissional de Trabalho, onde conste o nome do companheiro (a) dependente reconhecido pelo INSS; cópia da Declaração de Imposto de Renda e/ou de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório mencionado sobre o segurado e há quanto tempo viviam em regime de companheirismo, bem como comprovação de endereço; cópia do PIS/PASEP/FGTS, onde conste o nome do dependente reconhecido pelo INSS;
- No caso de segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado: certidão de casamento atualizada com averbação de separação parcial. Havendo a existência da esposa(o) e da(o) companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- Se forem os pais: certidão de nascimento do segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório, mencionando que o segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o segurado seja maior de 21 anos);
- Se forem os irmãos: certidão de nascimento ou casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de 03 (três) pessoas idôneas com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do segurado; documento de identidade e CPF dos beneficiários; extrato do mês do falecimento; cópia da proposta de adesão e/ou declaração da empresa informando a data de início do mesmo e o valor da categoria do mês do evento.

20.6. As indenizações serão pagas sob forma de pagamento único.

20.7. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

20.8. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do

sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

20.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de tolerância.

20.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal (is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

20.11. Caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá 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. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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. PERDA DE DIREITOS

21.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- **inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;**
- **não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;**
- **utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;**
 - **agravamento intencional do risco;**
 - **se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado ao pagamento do prêmio vencido;**
- **fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- **tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;**
- **solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e**
- **dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado ou o saldo devedor.**

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

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

21.3. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

21.4. Entende-se como “agravação do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

21.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, 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.

21.6. 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.

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. O primeiro beneficiário será sempre o estipulante que, receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou compromisso assumido. Caso haja diferença entre o saldo da dívida e o capital segurado, esta será paga a diferença conforme estabelecido abaixo.

22.2. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

22.3. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

22.4. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.

22.4.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ou saldo devedor ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

22.5. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

22.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.

22.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

23. SUB-ROGAÇÃO

23.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. O Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus Segurados, respectivos beneficiários e representantes, constantes no item 8.1 da Cláusula 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente.

24.1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

24.2. Constituem, também, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;**
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;**
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado de Seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- g) discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;**
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e**
- l) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.**

24.3. Fica estabelecido que qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

24.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

24.5. Será expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

24.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante sempre que solicitado.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

25.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.

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

25.4. Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados, ao beneficiário ou ao estipulante.

25.5. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

25.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

25.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

26. FORO

26.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 10 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, subitem 10.1 desta condição especial) que possuam vínculo com o estipulante, tenham idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

a) incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas conseqüentes;

b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;

c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;

d) hospitalização para a realização de exames de rotina;

e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

- g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;**
- j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e**
- k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).**

2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

2.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao estipulante.

4. PRÊMIO

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. CARÊNCIA

5.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais.

5.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

6. FRANQUIA

6.1. A franquia poderá ser de no mínimo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais.

7. PERÍCIA MÉDICA

7.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

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

8. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

8.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica proposta pela sociedade seguradora ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação.

8.1.1 A junta médica será constituída de 3 (três) médicos, e deverão ser nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempatador, escolhido de comum acordo pelos médicos já nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**

8.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

8.3. 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.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

9.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora, contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

- **relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;**
- **exames realizados que comprovem a Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);**
- **cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:**
 - **última declaração do Imposto de Renda;**

- **recibo de pagamento autônomo;**
- **carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;**
- **comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou**
- **inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e**
- **cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável.**

10.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

10.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

10.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado ou saldo devedor será atualizado pela variação do preço do bem objeto do plano de financiamento/consórcio, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.4. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

11.2. A seguradora devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pagado em duplicidade.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de perda involuntária de emprego durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

1.2. Perda de Renda por Desemprego Involuntário: Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha

sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

1.3. Elegibilidade: Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.

1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:

- a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**
- d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) falência;**
- g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e**
- h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.**

2.1.1. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao estipulante.

4. PRÊMIO

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. CARÊNCIA

5.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais.

5.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

6. FRANQUIA

6.1. A franquia poderá ser de no mínimo 31 (trinta e um) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

7.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

- **cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;**
- **para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 31 (trinta e um) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia; e**
- **cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.**

8.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

8.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

8.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

8.4.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado ou saldo devedor será atualizado pela variação do preço do bem objeto do plano de

financiamento/consórcio, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

8.5. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

9.1. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

9.2. A seguradora devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pagado em duplicidade.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

10.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

São Paulo, 14 de janeiro de 2014.

Nome do arquivo: CG_Prestamista_V1
Diretório: C:\Users\vbatista\Documents
Modelo: C:\Users\vbatista\AppData\Roaming\Microsoft\Modelos\Normal.dot
m
Título: CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS
Assunto:
Autor: LUIZ CARLOS C. S. VEIGA
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 10/01/2014 13:34:00
Número de alterações: 3
Última gravação: 13/01/2014 14:56:00
Salvo por: VeronicaBatista
Tempo total de edição: 13 Minutos
Última impressão: 28/03/2014 15:57:00
Como a última impressão
Número de páginas: 27
Número de palavras: 11.132 (aprox.)
Número de caracteres:60.113 (aprox.)