

CONDIÇÕES GERAIS

EMPRESARIAL PRESTAMISTA
CAPITAL VINCULADO

15414.001248/2012-45



CNPJ: 61.383.493/0001-80

EMPRESARIAL PRESTAMISTA CAPITAL VINCULADO

12/2021

SOMPO SEGUROS S.A - CNPJ 61.383.493/0001-80

Endereço: Rua Cubatão, 320 - São Paulo/SP - CEP: 04013-001

www.sompo.com.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo: 3156-2990 - Demais Localidades: 0800 77 19 119 - Ouvidoria: 0800 77 32 527

Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 77 19 759 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56

SAC Seguros: 0800 77 19 719

Prezado(s) Sr(s),

Parabéns!

Seja(m) bem vindo(s) à crescente família de segurados da Sompo Seguros.

A partir de agora, seus clientes contarão com a tranquilidade e proteção de uma seguradora com mais de 60 anos de experiência e solidez.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro Empresarial Prestamista – Capital Fixo, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Deverão ser consideradas nas Condições Especiais apenas as coberturas contratadas.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, das obrigações, restrições e exclusões, evitando dúvidas quanto à sua utilização.

Lembre(m)-se: a Sompo Seguros e seu Corretor estarão sempre prontos para atender suas necessidades de proteção, agora e no futuro.

Atenciosamente,

SOMPO SEGUROS

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo - 3156-2990

Demais Localidades - 0800 77 19 119

www.consumidor.gov.br

SAC - Cancelamento, Reclamações, Informações Gerais:

Automóvel, Riscos Especiais, Transportes e Vida – 0800 77 19 719

Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 77 19 759

Ouvidoria: 0800 77 32 527

A Ouvidoria da Sompo Seguros é um canal de comunicação adicional, que permite aos segurados, beneficiários e corretores manifestarem suas opiniões sobre os produtos e serviços disponibilizados pela Seguradora. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos diversos setores e departamentos da Seguradora no atendimento das demandas de segurados e corretores, devendo ser acionada apenas como último recurso para solução de algum problema ou conflito junto a Seguradora.

As solicitações e reclamações devem ser encaminhadas contendo informações mínimas

para a devida análise: o nome do segurado/beneficiário, CPF/CNPJ, ramo do seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone e e-mail para contato e o número do protocolo do canal de atendimento utilizado antes de acionar a Ouvidoria.

O número do protocolo do atendimento anterior é obrigatório para registrar uma demanda na Ouvidoria. Caso a demanda seja feita na Ouvidoria sem o número do protocolo, a mesma será direcionada ao SAC.

Os assuntos recebidos serão analisados e respondidos em até 15 dias contados a partir da data do recebimento da manifestação.

De segunda a sexta-feira das 8h30 às 17h30.

**CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
EMPRESARIAL PRESTAMISTA – CAPITAL VINCULADO**

ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS.....	6
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	6
2. DEFINIÇÕES.....	6
3. GARANTIAS DO SEGURO.....	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO.....	9
6. CONTRATAÇÃO.....	9
7. PROPOSTA DE ADEÇÃO – INGRESSO NO SEGURO.....	10
8. CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	11
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E DO RISCO INDIVIDUAL.....	11
10. CUSTEIO DO SEGURO.....	12
11. CAPITAL SEGURADO.....	12
12. BENEFICIÁRIOS.....	13
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	13
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS SEGURADOS E DE PRÊMIOS.....	15
15. RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO.....	15
16. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS.....	15
17. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	15
18. CESSAÇÃO DE COBERTURA INDIVIDUAL.....	15
19. PERDA DE DIREITOS.....	16
20. ALTERAÇÃO CONTRATUAL.....	17
21. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	17
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	17
23. REGIME FINANCEIRO.....	19
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	19
25. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	19
26. FORO.....	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS.....	21

I - COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	21
II - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG).....	24
III - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL (DT).....	26
IV - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	28
V - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	30
VI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	33

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas, até o limite do capital segurado contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte ou Invalidez Permanente, Total ou Parcial, do Segurado, incluindo-se ainda neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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 da coluna vertebral de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- a) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1, acima.
- a) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- b) Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- c) Capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.
- d) Certificado individual: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Contém

- a identificação do segurado, as coberturas contratadas, os valores dos capitais segurados de cada cobertura, prêmio e a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado.
- e) Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
 - f) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.
 - g) Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
 - h) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.
 - i) Corretor de Seguros: intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.
 - j) Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
 - k) Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
 - l) Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças contraídas, inclusive as congênitas, e as lesões acidentais sofridas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, que sejam de seu conhecimento e não sejam declaradas na Proposta de Adesão.
 - m) Endosso: documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o estipulante.
 - n) 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, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro.
 - o) Excedente técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
 - p) Grupo segurável: é a totalidade das pessoas físicas que, através de contrato específico, tenha contraído dívida com o estipulante e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
 - q) Grupo segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
 - r) Indenização: o valor a ser pago pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro, limitado ao capital segurado da garantia contratada.
 - s) Índice para atualização de valores: é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE). No caso de sua extinção, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou outro índice que vier a substituí-lo.
 - t) Obrigação: produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
 - u) Período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
 - v) Prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
 - w) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
 - x) Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou em aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

- y) Proposta de adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- z) Proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- aa) Regime financeiro: estrutura financeira do seguro que determina se os capitais segurados são pagáveis de uma única vez e/ou sob a forma de renda.
- bb) Riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- cc) Segurado: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante, sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- dd) Seguradora: Sompo Seguros S.A., empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- ee) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- ff) Vigência: período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As coberturas do seguro dividem-se em básica, de contratação obrigatória de pelo menos uma cobertura, e adicionais, de contratação opcional, além de cláusulas suplementares, de contratação opcional.

3.1. Cobertura Básica de Morte

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, devidamente coberta e respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

3.2. Cobertura Básica de Morte Acidental

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, devidamente coberta e respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

3.3. Coberturas adicionais

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas, que serão especificadas em condições especiais, no contrato e no certificado, se contratadas:

- a) Cobertura Adicional de Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA);
- b) Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);
- c) Cobertura Adicional de Doença Terminal (DT);
- d) Cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário;
- e) Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença;

3.4. Cláusulas suplementares

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, a seguinte cláusula adicional, que será especificada em condições especiais, no contrato e no certificado, **se contratada**:

- a) Reversão de Excedente Técnico.

- 3.5. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel, manutenção de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência :

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes a adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- d) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- e) suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, por sócios controladores, dirigentes e administradores da estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes.

4.2. Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências, decorrentes de acidente pessoal:

- a) ocorrido em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b) ocorrido em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

5.1. As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CONTRATAÇÃO

6.1. A contratação do seguro será efetivada por meio de preenchimento de proposta de contratação, datada e assinada pelo proponente (Estipulante), por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

6.1.1. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.2. A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura (ou coberturas), além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

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

6.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

6.4.1. No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.4.2. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

6.5. Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

- 6.6. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.20., a partir da data da formalização da recusa.**
- 6.6.1.** Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 6.7.** A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 6.4., caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 6.8.** A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.
- 6.9.** No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante.
- 7. PROPOSTA DE ADESÃO – INGRESSO NO SEGURO**
- 7.1.** A adesão à apólice do seguro pelos proponentes será efetivada por meio de preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.
- 7.1.1.** A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 7.2.** A proposta de adesão conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.
- 7.3.** O seguro poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, devendo ser efetuado sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, desde que atendam as condições previstas no item 7.1 e definidas na Proposta de Contratação.
- 7.3.1.** A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão devidamente assinada pelo Proponente e recepcionada pela Seguradora mediante protocolo de recebimento.
- 7.3.2.** Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.
- 7.3.3.** Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o capital segurado: - de cada um dos segurados – vigente na data de ocorrência do sinistro.
- 7.3.4.** O percentual de que trata o item anterior (7.3.3.), constará no certificado individual.
- 7.3.5.** Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 7.4.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 7.5.** A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 7.5.1.** No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

- 7.6. Em caso de não aceitação da proposta de adesão, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.
- 7.7. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.20., a partir da data da formalização da recusa.
- 7.7.1. Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 7.8. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 7.4., caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 7.9. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela seguradora da respectiva proposta de adesão e conseqüente adesão ao contrato.
- 7.10. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual aos segurados, para confirmação da adesão, no início do seguro e em cada uma das renovações subseqüentes.
- 8. CERTIFICADO INDIVIDUAL**
- 8.1. Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e disponibilizar o Certificado Individual do Seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes.
- 9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E DO RISCO INDIVIDUAL**
- 9.1. 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.
- 9.2. O início de vigência do seguro será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.
- 9.3. O início de vigência do seguro será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 9.4. O prazo de vigência do seguro estará especificado na apólice, no certificado individual, nas propostas de contratação, de adesão e nos endossos, tendo seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.5. A vigência da cobertura individual tem seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim no certificado individual.
- 9.5.1. Quando a obrigação possuir data prevista de término, a vigência do seguro corresponderá ao prazo (data da contratação do seguro até a data prevista para término da obrigação a que está atrelada), sendo as datas de início e término especificadas no certificado individual.
- 9.5.2. Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes.
- 9.5.3. O término de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.
- 9.5.4. Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato, relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada.

- 9.5.5. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do prêmio excedente, se houver.
- 9.5.6. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da vigência do seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos no item 7.10 para a aceitação do risco.
- 9.6. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 9.7. As renovações para os demais períodos de vigência serão realizadas de forma expressa e poderão ser feitas pelo estipulante, desde que não impliquem em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos.
- 9.8. Na renovação, qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 9.9. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 9.10. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice ou do respectivo Certificado Individual, se este não for renovado.**
- 10. CUSTEIO DO SEGURO**
- 10.1. O custeio do seguro, definido no contrato, será:
- 10.1.1. Contributário: quando houver participação, total ou parcial, dos segurados no pagamento dos prêmios individuais.
- 10.1.2. Não contributário: quando os prêmios individuais dos segurados forem pagos totalmente pelo estipulante.
- 11. CAPITAL SEGURADO**
- 11.1. Este plano de seguro possui a modalidade de Capital Segurado Vinculado, ou seja, o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação assumida pelo segurado (Devedor) junto ao Credor, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 11.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na cobertura Básica de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado e na cobertura básica de Morte Acidental, a data do acidente.
- 11.3. Para efeito de determinação do capital segurado, nas coberturas adicionais considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data definida na respectiva condição especial.
- 11.4. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em reais, constarão nos Certificados Individuais do Seguro, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo nos casos em que a obrigação seja em outra moeda.
- 11.5. Será considerado como um novo seguro qualquer solicitação de aumento no valor do capital segurado (atrelado ao valor da obrigação assumida pelo segurado), ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso, nestas Condições Gerais (Item 7) e nas demais condições contratuais.
- 11.6. Não será devida indenização para qualquer parcela da obrigação vencida antes da data do sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.
- 11.7. Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por**

parte do segurado poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e consequentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.

12. BENEFICIÁRIOS

- 12.1. O primeiro beneficiário será sempre o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.
- 12.1.1. No caso do capital segurado contratado ser superior ao valor da obrigação, a diferença (entre o capital segurado e o valor da obrigação) será paga ao próprio segurado no caso das Coberturas adicionais de Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA); Doenças Graves (DG), Doença Terminal (DT), Perda de Renda por Desemprego Involuntário, Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença, ou ao segundo* beneficiário indicado para as coberturas básicas de Morte e Morte Acidental. No caso de não haver indicação de segundo beneficiário, verificar item 12.4. abaixo.
- 12.2. O Segurado não poderá retirar o Credor da condição de primeiro beneficiário, na forma do Art. 791, CC.
- 12.2.1. É válida a instituição do companheiro como beneficiário do saldo remanescente, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 12.3. Se o segurado não renunciar à faculdade de designar seus beneficiários para recebimento do saldo remanescente, poderá, a qualquer tempo, alterar seus beneficiários do saldo remanescente, mediante comunicação expressa à seguradora.
- 12.3.1. **Se a seguradora não for cientificada oportunamente da alteração, antes do pagamento da indenização, serão considerados os antigos beneficiários do saldo remanescente.**
- 12.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário do saldo remanescente, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados de acordo com o que estabelece o art. 792, do Código Civil brasileiro.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 13.1. A periodicidade de pagamento do prêmio deste seguro será convencionada na Proposta de Contratação e no Contrato.
- 13.1.1. Sendo mensal a forma de pagamento do prêmio, não haverá o seu fracionamento.
- 13.1.2. Na hipótese de fracionamento, a data de vencimento da última parcela de prêmio não poderá ultrapassar o término da vigência da apólice.
- 13.1.2.1. O pagamento de prêmio mensal, bimestral, trimestral ou semestral não caracteriza fracionamento de prêmio do seguro.
- 13.1.3. O não pagamento da primeira parcela na data de seu vencimento implica no cancelamento imediato do contrato.
- 13.1.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à 1ª (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 especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	20	30/365
27	45/365	30	60/365
37	75/365	40	90/365
46	105/365	50	120/365
56	135/365	60	150/365
66	165/365	70	180/365
73	195/365	75	210/365
78	225/365	80	240/365
83	255/365	85	270/365
88	285/365	90	300/365
93	315/365	95	330/365
98	345/365	100	365/365

13.1.4.1. Para percentuais não previstos na tabela do item 13.1.4., deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

13.1.5. A Seguradora informará, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item antecedente.

13.1.6. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.1.4., ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

13.2. O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.

13.3. Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio, e havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança da parte do prêmio relativo ao risco decorrido, atualizada monetariamente e acrescida de juros de mora, calculados pro-rata-die até o efetivo pagamento, na forma da Cláusula 2.20., destas Condições Gerais, sendo estes valores incorporados ao capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga.

13.4. Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

13.5. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora.

13.6. Caso o Estipulante receba juntamente com o 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.

13.7. Fica vedada a cobrança de taxa de inscrição ou de intermediação neste seguro.

13.8. A falta de pagamento do prêmio até o vencimento não acarretará a suspensão das coberturas, e o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado sobre sua mora, podendo purga-la no prazo estabelecido na notificação.

13.8.1. O não pagamento no prazo assinalado na notificação acarretará o cancelamento da apólice, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.

13.9. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, observado o disposto no subitem 13.8, acima, acarretará o cancelamento da apólice e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITALS SEGURADOS E DE PRÊMIOS

14.1. Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for mensal, não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.

14.2. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

14.3. As atualizações de capitais segurados e de prêmios se aplicarão a todos os segurados ativos.

15. RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

15.1. Haverá recálculo dos valores de capital segurado e prêmios, com periodicidade definida no contrato, de modo a adequar os valores do capital segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores da obrigação assumida pelo segurado (Devedor) junto ao Credor.

16. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

16.1. Na renovação do seguro ou na data de aniversário da contratação do seguro, as taxas serão reavaliadas em função das idades dos segurados ou da idade média atuarial e da sinistralidade do grupo segurado, podendo ser aplicado reajuste das taxas e prêmios para todo o grupo segurado.

16.2. A comunicação, pela seguradora, do eventual reajuste de taxas e prêmios do seguro será realizada de forma expressa ao estipulante, seu representante legal ou ao corretor de seguros.

16.3. Qualquer alteração de taxas de seguro que implique em ônus aos segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. CARÊNCIA E FRANQUIA

17.1. Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de indenização.

17.2. As carências e ou as Franquias deverão ser fixadas na proposta de contratação e no contrato do seguro.

17.3. O limite máximo que o seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos, contado a partir do início de vigência da cobertura individual. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado de seguro.

17.4. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

17.5. No caso de transferência de grupo segurado de outra seguradora, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

18. CESSAÇÃO DE COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura de cada segurado cessará:

a) No final do prazo de vigência da apólice e ou do respectivo Certificado Individual, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;

b) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, ou, nos seguros contratados por pessoas jurídicas, de os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, quando dar-se-á

automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

- c) Com a morte do segurado ou pelo recebimento do capital segurado previsto para as coberturas de Invalidez Total e Permanente do Segurado, de Doenças Graves e de Doença Terminal, com a consequente devolução de valores de prêmios eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados conforme cláusula 2.20 destas Condições Gerais;
- d) com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;
- e) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito, a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver ou pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 13.1.2, 13.8 e 13.9, destas Condições Gerais;
- f) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, nos casos em que for aplicado;
- g) com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na cláusula 21 destas Condições Gerais.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do segurado, seus prepostos, beneficiários, representantes legais ou corretor de seguros:

- a) agravamento intencional do risco, por parte do segurado;
- b) declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando ainda o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere a letra b) do item 19.1. não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) 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.

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

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

19.3.2. 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.

20. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

20.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do estipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

20.2. Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20.3. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. A apólice será cancelada:

- a) **por acordo entre a Seguradora e o Estipulante, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado;**
- b) **pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais;**
- c) **pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 13.1.2 e 13.8, destas Condições Gerais;**
- d) **quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**

21.1.1. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21.1.2. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do estipulante, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 13.1.4.

21.1.3. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega, mediante protocolo, do formulário denominado "Aviso de Sinistro", observadas, ainda, as demais disposições desta cláusula.

22.2. O pagamento de qualquer Capital Segurado decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, e será feito em parcela única, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas:

22.2.1. Para qualquer sinistro

22.2.1.1. Documentos do Segurado

- a) cópia da Carteira de Identidade, do CPF ou da Certidão de Nascimento, quando menor de 18 anos, e do comprovante de residência do Segurado.

22.2.1.2. Documentos do Beneficiário Credor

- a) Cópia do Contrato Social atualizado;
- b) Declaração do Credor informando o valor atual do compromisso a ser quitado, demonstrando sua evolução desde a contratação;

- c) Cópia do Contrato e seus aditivos referentes ao compromisso (obrigação) assumida pelo Segurado;
- d) Cópia do Termo de Cessão e transferência de cota, quando **houver**.

22.2.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) cópia da carteira de Identidade, do CPF ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s).
- b) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
- d) em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que com o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

22.2.2. relatório emitido pelo médico assistente do segurado;

22.2.2.1. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.

22.3. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b) cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se for o caso;
- c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
- d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e) radiografias do Segurado (quando houver);
- f) fguia de internação hospitalar (quando houver);
- g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

22.4. Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- c) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

22.5. Não respeitado o prazo previsto no subitem 22.2, os valores devidos serão atualizados desde a data do sinistro e acrescidos de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, mais a atualização monetária prevista com base no índice da Cláusula 2.20, desde a data do evento.

22.6. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

22.7.1. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados nesta cláusula, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 22.2

será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar .

22.8. No caso de divergências sobre a causa, a natureza, o diagnóstico ou a extensão das lesões e ou doença, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a 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.

22.8.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

22.9. As despesas efetuadas para obtenção dos documentos necessários à comprovação do sinistro correrão por conta do Segurado ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

22.9.1. Os encargos de tradução dos documentos necessários à liquidação de sinistro relacionado à cobertura que preveja reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão reembolsados pela Seguradora com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

23. REGIME FINANCEIRO

23.1. Este seguro está estruturado em regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. Dessa forma, as coberturas deste seguro não dão direito a devolução ou resgate de quaisquer prêmios pagos ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

25.2. Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

25.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

25.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao fim de sua vigência sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

25.6. As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas

de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

25.7. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

25.8. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto no item “14. Beneficiários”.

26. FORO

26.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora.

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

SOMPO SEGUROS S/A

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
I- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a tornar-se totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.
- 1.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se invalidez permanente e total por acidente a perda ou impotência funcional definitivo total de membros ou órgãos do segurado, comprovada por intermédio de declaração médica de profissional habilitado, assim consideradas:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total de um membro superior e de um membro inferior;
 - f) Perda total de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total e incurável; e
 - i) Nefrectomia bilateral.
- 1.3. **Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.**
- 1.4. **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**
- 1.5. **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.**
- 1.6. **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.**
- 1.7. A seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.
- 1.8. A invalidez por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica.
- 1.9. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
- 1.10. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 1.11. **As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.**
- 1.12. **Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) perda de dentes e danos estéticos;
- b) acidente que enseje perda ou redução parcial das funções de membros ou órgãos do segurado;
- c) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- e) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.
- f) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
- g) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
- h) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 4.1. **A cobertura de invalidez permanente e total por acidente não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) radiografias do Segurado (quando houver);
- c) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
- d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
- f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- j) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. **Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.**

II - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da garantia básica de Morte, ao(s) beneficiário(s), caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de doenças graves cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2. **Para efeito desta Condição Especial, consideram-se doenças graves, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:**

1.2.1. Doença Cardiológica

Está coberto o segurado que seja portador de qualquer doença cardiológica (arterial, muscular ou valvular) que lhe traga desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que o incapacitem para qualquer atividade física, não melhorando com tratamentos médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:

1.2.1.1. Classificação das Cardiopatias (classificação funcional da NYHA, New York Heart Association):

- a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispnéia, palpitação ou angina.
- b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- d) Classe IV: há dispnéia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.

1.2.2. Doença Renal

Está coberto o segurado portador de doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.

1.2.3. Doenças Neoplásicas

Está coberto o segurado portador de qualquer doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o tomem incapaz do exercício de qualquer atividade física.

1.2.4. Doenças do Sistema Nervoso Central

Está coberto o segurado portador de doenças neurológicas severas e irreversíveis, com sequelas motoras e cognitivas, que o impeçam de exercer qualquer atividade, tornando-o dependente de terceiros para o próprio autossustento.

1.3. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

1.4. Sendo constatado e comunicado à seguradora o diagnóstico de uma das doenças relacionadas no item 1.2. como objeto de cobertura da apólice, o capital segurado não se acumula para pagamento de mais outra doença grave diagnosticada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) quaisquer doenças não previstas nesta garantia e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta condição especial para caracterização da doença grave.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. **O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.**

3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

4. CARÊNCIA

4.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17. das Condições Gerais.

4.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação e no contrato do seguro.

5. CANCELAMENTO DE COBERTURA INDIVIDUAL

5.1. A cobertura de doenças graves não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

5.1.1. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.20. das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:

a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;

b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença.

7. JUNTA MÉDICA

7.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedador, escolhido pelos dois nomeados.

7.2. 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.

7.3. 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.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

III - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL (DT)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da garantia básica de Morte, ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a ser diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como paciente em fase terminal, observadas as disposições das condições contratuais.
- 1.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se paciente em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses.
- 1.3. O diagnóstico definitivo da doença, bem como a indicação do período de expectativa de vida do segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença terminal.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17. das Condições Gerais.
- 4.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação e no contrato do seguro.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 5.1. A cobertura de doença terminal não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento da indenização, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.
 - 5.1.1. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.20. das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
 - b) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado;
 - c) cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;

7. JUNTA MÉDICA

- 7.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.**
- 7.2. 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.**
- 7.3. 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.**

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.**

IV - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.
- 1.2. O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos desta cobertura adicional a perda de emprego decorrente de:

2.1.1. Em caso de perda de renda por desemprego involuntário:

- a) abandono ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) ubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) demissão por exoneração de cargo;
- e) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- f) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- g) falência do empregador;
- h) campanhas de demissões em massa, caracterizada no caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e,
- i) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) acordo entre empregado e empregador.

2.1.2. 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. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo o valor contratado especificado nas condições contratuais/proposta de contratação
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data efetiva de desligamento do segurado, comprovada mediante cópia da CTPS (página "Anotações gerais"), independente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 4.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - a) 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 30 (trinta) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;

- b) cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;
- c) autorização de Movimentação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- d) via marrom do requerimento do Seguro Desemprego com carimbo e CNPJ da empresa. Caso o Segurado tenha optado em receber o Seguro Desemprego, este documento deve estar protocolado pela Caixa Econômica Federal ou pelo Ministério do Trabalho (cópia autenticada);
- e) cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

4.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

4.3. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

6. FRANQUIA

6.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data efetiva de desligamento do Segurado junto ao empregador. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.

7. ACUMULAÇÕES DE INDENIZAÇÕES

7.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.

7.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

V - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado venha sofrer perda de renda em razão de tomar-se incapacitado temporariamente por acidente ou doença, para o exercício de sua principal atividade profissional remunerada, observados os riscos excluídos e as demais disposições das condições contratuais do seguro.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como incapacidade física temporária a incapacidade que impossibilita o segurado de exercer, em caráter temporário, sua habitual atividade profissional remunerada, atestada por médico devidamente habilitado.
- 1.3. **Esta garantia somente tem efeitos se o afastamento se der por um período superior ao da franquia estabelecida no contrato, observadas também carências estipuladas em contrato e demais disposições das condições gerais e desta condição especial.**
- 1.4. **Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, e os que contarem com um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho liberal ou autônomo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - 2.1.1. Em caso de perda de renda por incapacidade temporária, estão expressamente excluídos desta cobertura as perdas de renda decorrentes de
 - a) hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - b) gravidez e suas consequências;
 - c) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
 - d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - e) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes; e
 - h) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.
 - i) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente;
 - j) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).
 - 2.1.2. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença 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.

3. CAPITAL SEGUADO

- 3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo a quantidade de parcelas e/ou o valor contratados especificados nas condições contratuais/proposta de contratação.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente ou do início da doença, devidamente comprovados por laudo médico, para os profissionais liberais ou autônomos.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.
- 4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

5. FRANQUIA

- 5.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data do início da incapacidade física temporária do Segurado que o impeça de realizar a sua atividade laborativa principal. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.
- 5.2. Para fins desta cobertura, entende-se como franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- 5.3. Durante o período de franquia, o Segurado não terá direito ao recebimento de indenização.
- 5.4. O Segurado terá direito à indenização a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento por incapacidade temporária.

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - 7.1.1. Para Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:
 - a) **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;**
 - b) **exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);**
 - c) **cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:**

- última declaração do Imposto de Renda;
- recibo de pagamento autônomo;
- carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
- d) comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- g) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- h) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

7.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

7.3. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

8. ACUMULAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.
- 8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

VI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

- 1.1. Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. CRITÉRIOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

- 2.1. Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice, livremente pactuado, e constante do contrato firmado entre as partes.
- 2.2. A distribuição se fará após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo pactuado no contrato, à partir da data da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 2.3. A distribuição de excedentes técnicos fica condicionada à existência de uma média mensal mínima de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.

3. APURAÇÃO DE RESULTADO

- 3.1. Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

3.1.1. Receitas:

- a) prêmios de competência correspondente ao período e vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período anterior;
- d) recuperação de sinistros do(s) ressegurador(es).

3.1.2. Despesas:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) prêmios de resseguro;
- e) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- f) alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
- h) saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

- 3.2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) o aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

3.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item 2.20. das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.