



**BNP PARIBAS  
CARDIF**

# **CONDIÇÕES GERAIS**

**RAMO 77**

**Seguro de Pessoas**

**Prestamista com Garantia de Desemprego Involuntário e  
Incapacidade Física Total e Temporária**

**Processo 15414.001501/2005-31**

**São Paulo – SP  
24 de janeiro de 2013**



**ÍNDICE:**

<b>CONDIÇÕES GERAIS</b>	
1.	OBJETIVO ..... 3
2.	DEFINIÇÕES..... 3
3.	GARANTIAS..... 5
3.1.	Garantia Básica de Morte..... 5
3.2.	Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente ..... 6
3.3.	Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença..... 7
3.4.	Garantia Adicional de Desemprego Involuntário ..... 10
3.5.	Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária ..... 10
4.	CARÊNCIAS..... 12
5.	FRANQUIAS..... 12
6.	CAPITAL SEGURADO..... 12
7.	ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS..... 13
8.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO ..... 14
9.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS ..... 14
10.	INCLUSÃO DE SEGURADOS ..... 14
11.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO ..... 15
12.	CERTIFICADO INDIVIDUAL..... 15
13.	CUSTEIO DO SEGURO ..... 15
14.	PRÊMIO DE SEGURO..... 15
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO ..... 15
16.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO..... 16
17.	SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO ..... 16
18.	RESCISÃO CONTRATUAL ..... 17
19.	PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO ..... 17
20.	PAGAMENTO DE SINISTROS ..... 18
21.	PERDA DE DIREITOS ..... 19
22.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO ..... 19
23.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO ..... 19
24.	ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS ..... 20
25.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA ..... 20
26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO..... 20
27.	SUB-ROGAÇÃO..... 20
28.	TRIBUTOS..... 20
29.	FORO ..... 21
30.	DISPOSIÇÕES GERAIS ..... 21



## 1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao estipulante, relacionado a 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

- a) **Acidente Pessoal:** O 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 outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
- a.1) Incluem-se nesse conceito:
- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
  - Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
  - Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
  - Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
  - Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- a.2) Excluem-se desse conceito:
- 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;
  - As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
  - 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
  - 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.
- b) **Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.
- c) **Beneficiário(s):** É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), cedente (s) do financiamento ou serviço, à quem (às quais) deve ser paga a indenização na hipótese de ocorrência do sinistro.
- d) **Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.



- e) **Carência:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado no Certificado Individual, em que as garantias contratadas não terão cobertura.
- f) **Certificado Individual:** Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- g) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.
- h) **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários
- i) **Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- j) **Doença Preexistente:** É toda doença, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica, ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual o segurado tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação do seguro.
- k) **Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- l) **Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) **Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado Individual, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.
- n) **Grupo Segurável:** É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- o) **Grupo Segurado:** É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- p) **Indenização:** É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- q) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- r) **Instituição Financeira:** Para fins deste seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física segurada de uma apólice do seguro de proteção financeira, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito, e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no contrato do seguro.
- s) **Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista no contrato, para obtenção das garantias e coberturas previstas no Certificado Individual.



- t) **Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- u) **Proposta de Adesão:** É o documento preenchido e assinado pelo proponente, solicitando sua inclusão no Seguro.
- v) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou no Certificado Individual que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- w) **Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- x) **Seguradora:** É a Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- y) **Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais contrato, caso se produza o evento coberto.
- z) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- aa) **Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e contrato, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

### **3. GARANTIAS**

As garantias do seguro dividem-se em:

#### **3.1. Garantia Básica de Morte**

**Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

**3.1.1. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**3.1.2. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Morte os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- d) Atos ilícitos ou doloso ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) segurado(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;



- e) **Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).**
- h) **Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.**

### **3.2. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente**

**Objetivo:** Garante o pagamento do capital segurado 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, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

#### **3.2.1. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:**

- a) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) **Perda total do uso de ambos os braços;**
- c) **Perda total do uso de ambas as pernas;**
- d) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) **Perda total do uso de um braço e uma perna;**
- f) **Perda total do uso 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.**

3.2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente total, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no certificado.

3.2.3. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total causada por acidente.

**3.2.3.1.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

3.2.4. 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.

3.2.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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 uma junta médica 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. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

3.2.6. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.



**3.2.6.1.** Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.

**3.2.7. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

**3.2.8. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- d) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- e) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;
- f) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- j) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- k) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- l) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

### **3.3. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**

**Objetivo:** Garante o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

**3.3.1.1. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.**

**3.3.2. Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem



- prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) **Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**
  - e) **Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;**
  - f) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
  - g) **Deficiência visual, decorrente de doença:**
    - g1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
    - g2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
    - g3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;**
    - g4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.**
  - h) **Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
  - i) **Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
    - i1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**
    - i2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;**
    - i3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

3.3.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma indenização.

3.3.4. A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença, deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item **3.2.1**.

3.3.5. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença.

3.3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3.7. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

3.3.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica





será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

3.3.9. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

3.3.10. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

**3.3.10.1.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.

**3.3.11. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.**

**3.3.12. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:**

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo

**3.3.13. Excluem-se, ainda, da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os eventos ocorridos em consequência de:**

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;
- d) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;;
- e) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- h) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.



### **3.4. Garantia Adicional de Desemprego Involuntário**

3.4.1.**Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Desemprego Involuntário, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado Individual.

3.4.2.**Desemprego Involuntário:** Como perda involuntária de emprego entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, ficando sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

**Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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 o mesmo empregador ou para um novo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais, estará elegível à indenização de um novo evento de desemprego.**

3.4.3.**Riscos Excluídos:** Estão excluídas da cobertura de Desemprego Involuntário as seguintes situações:

- a) **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) **Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- c) **Jubilção, 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) **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;**
- g) **Falência;**
- h) **Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, 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;**
- i) **Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- j) **Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- k) **Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.**

### **3.5. Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária**

3.5.1.**Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado Individual.

3.5.2.**Incapacidade Física Total e Temporária:** Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em decorrência de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado Individual.



3.5.3. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

**Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 19, “Procedimento em Caso de Sinistro”, destas Condições Gerais, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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. Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, onde o segurado tenha sido indenizado, somente após 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização de um novo evento de Incapacidade Física Temporária.

3.5.4. **Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- d) incapacidades, 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 dela conseqüentes;
- e) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;
- f) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- j) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- k) Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- l) Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- m) O choque anafilático, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.
- n) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- o) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- q) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- r) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;



- s) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**
- t) **Estão excluídos ainda, da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.**
- u) **Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).**

3.6. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

3.7. O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte.

#### **4. CARÊNCIAS**

4.1. **A carência, observado o disposto no sub item “e” do item 2, quando houver, será determinado no Certificado Individual.**

4.2. 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 dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

4.3. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.

4.4. Caso o grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

4.5. 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.

#### **5. FRANQUIAS**

Quando houver, será determinado no Certificado Individual.

#### **6. CAPITAL SEGURADO**

6.1. De acordo com o Contrato, o Capital Segurado poderá ser:

a) **Saldo da Dívida:** O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

b) **Soma das Parcelas/Fatura a vencer:** O Capital Segurado será obtido pela somatória das parcelas a vencer no momento da ocorrência do sinistro, limitado ao valor estabelecido no Certificado Individual;

c) **Valor Fixo:** O Capital Segurado, no momento da ocorrência do sinistro, será igual ao valor estabelecido no Certificado Individual;

d) **Quitação Parcial ou Total das Parcelas/Fatura:** O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro, será o valor da parcela/fatura mensal devida limitada ao valor da parcela mensal contratada, que será paga até o número de parcelas / faturas mensais contratadas, desde que o



Segurado permaneça na condição de sinistrado, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.

**6.2.** Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:

- a)** Cobertura de Morte: data da ocorrência do evento coberto.
- b)** Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: data da ocorrência do acidente.
- c)** Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: data do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, indicada na declaração médica.
- d)** Cobertura de Desemprego Involuntário: data da ocorrência do evento coberto.
- e)** Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária:
  - e.1) Por acidente: data da ocorrência do acidente.
  - e.2) Por doença: data indicada no relatório médico.

6.2.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

## **7. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS**

**7.1.** Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

**7.2.** Os valores devidos pela Segurado a título de atualização monetária serão calculados pela variação do índice a seguir estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o que dispõe as respectivas Cláusulas destas Condições.

**7.3.** O índice pactuado para a atualização de valores será o IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas).

7.3.1. No caso de extinção do IGPM/FGV, a Seguradora passará a utilizar o Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE

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

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

### **7.6. Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:**

7.6.1. Do capital segurado, uma vez que esta proporcional ao saldo devedor, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante/beneficiário e informado mensalmente pelo estipulante à seguradora, para cálculo do prêmio mensal.

7.6.2. Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, que o capital segurado pode flutuar durante a vigência do crédito. Então, a precificação já considera um capital segurado médio.

7.6.3. Do capital segurado e do prêmio, quando o valor estipulado como capital segurado for um valor fixo em reais.



## **8. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

- 8.1.** Não há reintegração para as garantias de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.
- 8.2.** Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática.

## **9. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS**

- 9.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.2.** Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.
- 9.3.** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado Individual. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 9.4. Em caso de não-aceitação da proposta de seguro, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.**
- 9.4.1. O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.**
- 9.4.2. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 9.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.**
- 9.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).**

## **10. INCLUSÃO DE SEGURADOS**

- 10.1.** A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo obrigatório para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde.
- 10.2.** A inclusão dos segurados na apólice será determinada no contrato e poderá ser compulsória, quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade descritas no item 3 destas Condições Gerais; ou facultativa, quando o seguro abranger os clientes do Estipulante que tiverem sua inclusão expressamente declarada, observado ainda o disposto no item 10 destas Condições Gerais.



## **11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

- 11.1. O plano de 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.**
- 11.2.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado Individual.
- 11.3.** O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Certificado Individual, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
- 11.3.1.** As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.
- 11.4.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no contrato.
- 11.5.** Os 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 seguradora, ressalvado o disposto no item 11.2.

## **12. CERTIFICADO INDIVIDUAL**

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

## **13. CUSTEIO DO SEGURO**

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributivo, parcialmente contributivo ou não contributivo, conforme indicado no Contrato.

- a) **Contributivo:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- b) **Parcialmente Contributivo:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- c) **Não Contributivo:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

## **14. PRÊMIO DE SEGURO**

- 14.1.** O prêmio de seguro será determinado no Certificado Individual.
- 14.2.** Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no contrato do Seguro.
- 14.3.** Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de  $\frac{3}{4}$  dos segurados, de acordo com Código Civil e Resolução CNSP 107/2004.

## **15. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO**

- 15.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.
- 15.1.1.** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.



- 15.1.2. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.
- 15.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver 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.
- 15.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.
- 15.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.**
- 15.4.1. **No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.**
- 15.4.2. **Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.**
- 15.4.3. **Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no Contrato do Seguro.**
- 15.4.4. **O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.**
- 15.5.** Entretanto, observado o disposto no item 15.4, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, 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, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.
- 15.6.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, 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, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

## **16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO**

**16.1.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- 16.1.1. automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;
- 16.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- 16.1.3. Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- 16.1.4. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

**16.2.** Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

## **17. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO**

**17.1.** A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do sub item 15.4 destas Condições Gerais.





**17.2.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

## **18. RESCISÃO CONTRATUAL**

**18.1.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

**18.2.** Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## **19. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO**

**19.1.** Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, 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 abaixo relacionados, conforme o evento:

### **19.1.1. Garantia Básica de Morte:**

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte acidental;
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

### **19.1.2. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente:**

- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

### **19.1.3. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:**

- a) Relatório médico original contendo:
  - a1) o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
  - a2) detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

### **19.1.4. Garantia Adicional de Desemprego Involuntário:**

- 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.
  - a1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo segurado será determinada em contrato e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.
  - a2) Nos seguros que possuem franquia, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido no contrato do seguro.
- b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.



**19.1.5. Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária**

- 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 total temporária, original ou cópia simples;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
  - c1) Última declaração do Imposto de Renda, ou;
  - c2) Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
  - c3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
  - c4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
  - c5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.
- d) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

**19.2.** A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

**19.3.** No caso de sinistros da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o segurado deverá submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

**19.4.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

**19.4.1.** Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

**20. PAGAMENTO DE SINISTROS**

**20.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá o Segurado/Estipulante comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, mediante dúvida fundada e justificável, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

**20.2.** Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação, conforme especificado no item 20 desta condição.

**20.3.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior para indenização do sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

**20.4.** A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia ao Estipulante serão determinadas no Contrato do seguro, e terão por objetivo amortizar dívida vigente na data do evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

**20.5.** Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 20.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de



mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

**20.6.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

## **21. PERDA DE DIREITOS**

**21.1.** Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

**21.1.1.** Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, 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.
- c) 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 do prêmio cabível.

**21.2.** 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.

**21.2.1.** A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

**21.2.2.** O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

**21.3.** Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.

## **22. PRAZO DE PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **23. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO**

**23.1.** O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

**23.2.** A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

**23.3.** Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.



**23.4.** A distribuição do excedente técnico será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

**23.5.** As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no Contrato.

**23.6.** Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no Contrato do Seguro.

## **24. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS**

**24.1.** Qualquer modificação na Apólice de Seguro 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, três quartos do grupo segurado.

**24.2.** Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 24.1.

**24.2.1.** 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.

## **25. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

**25.1.** As garantias de morte e invalidez permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

**25.2.** As garantias de desemprego involuntário e incapacidade física total e temporária abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

## **26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

## **27. SUB-ROGAÇÃO**

No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

## **28. TRIBUTOS**

**28.1.** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

**28.2.** Os prêmios de seguro incluem todos os tributos, impostos, taxas, contribuições e outros encargos governamentais, de qualquer natureza, incidentes sobre os mesmos, tais como, sem limitação, o Programa de Integração Social - PIS e a Contribuição para a Seguridade Social - COFINS.

**28.3.** O prêmio deverá ser pago integralmente à Seguradora, para que esta proceda ao devido recolhimento do Imposto sobre Operações Financeiras – IOF.

**28.4.** Havendo qualquer alteração na legislação tributária, que implique na majoração das alíquotas dos tributos atualmente aplicáveis, os valores dos prêmios serão reajustados de forma a refletir tal alteração.



**29. FORO**

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

**30. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

**30.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.



**CARDIF**

# **CONDIÇÕES GERAIS**

**RAMO 90**

**Seguro de Perda de Renda  
Processo SUSEP nº 15414.001852/2008-95**

**São Paulo – SP  
Julho de 2011**



**CARDIF**

## ÍNDICE:

1.	OBJETIVO.....	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	COBERTURAS DO SEGURO .....	4
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	5
5.	BENEFICIÁRIO .....	7
6.	CARÊNCIA .....	7
7.	FRANQUIA .....	7
8.	CAPITAL SEGURADO.....	7
9.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES .....	7
10.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS .....	7
11.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	8
12.	PRÊMIO DE SEGURO.....	9
13.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	9
14.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	11
15.	RESCISÃO CONTRATUAL .....	11
16.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	11
17.	PAGAMENTO DE SINISTROS.....	12
18.	PERDA DE DIREITOS .....	13
19.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO .....	13
20.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	13
21.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	13
22.	FORO .....	14
23.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	14



## 1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, o pagamento de uma indenização em decorrência dos eventos previstos e cobertos nestas Condições Gerais.

## 2. DEFINIÇÕES

- a) **Acidente Pessoal:** O 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 outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
- a.1) Incluem-se nesse conceito:
- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
  - Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
  - Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
  - Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
  - Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- a.2) Excluem-se desse conceito:
- 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;
  - As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
  - 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
  - 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.
- b) **Beneficiário(s):** O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado, ou seu representante legal.
- c) **Benefício:** Importância estabelecida para a indenização mensal, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.
- d) **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- e) **Carência:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado contratado.
- f) **Certificado de Seguro:** Documento entregue a cada Segurado, emitido pela Seguradora, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.





# CARDIF

- g) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e de seu representante legal.
- h) **Corretor de Seguros:** Pessoa Física ou Jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros entre o Segurado e a Seguradora.
- i) **Doença:** Processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- j) **Doença Preexistente:** Doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de adesão.
- k) **Estipulante:** Pessoa Física ou Jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- l) **Evento Coberto:** Acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) **Franquia:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado de Seguro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização durante este período.
- n) **Indenização:** Valor que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seu representante legal em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- o) **Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- p) **Prêmio do Seguro:** Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- q) **Proponente:** Pessoa Física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- r) **Proposta de Adesão:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- s) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- t) **Segurado:** Pessoa física que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas no Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.
- u) **Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
- v) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

### 3. COBERTURAS DO SEGURO

#### 3.1. Desemprego Involuntário



# CARDIF

- a) Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, na ocorrência de Desemprego Involuntário, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado de Seguro.
- b) Considera-se Desemprego Involuntário a dispensa sem justa causa por parte do empregador, de uma atividade remunerada, regida pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).
- c) O segurado deverá possuir vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, e comprovar na data da ocorrência do evento um período mínimo, que será estabelecido no Certificado de Seguro, de 6 (seis) a 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.  
**3.1.c.1. Após um evento de desemprego em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a uma nova indenização após comprovar novamente um período mínimo de 6 (seis) a 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data da ocorrência do sinistro.**

## 3.2. Incapacidade Física Total Temporária

- a) Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em decorrência de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado de Seguro.
- b) O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado, e exames que comprovem a incapacidade física total temporária.
- c) O segurado deverá ser profissional liberal ou autônomo, com comprovação da atividade exercida através de documentos que comprovem a atividade autônoma.

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

### 4.1. Estão excluídas da cobertura de Desemprego Involuntário as seguintes situações:

- 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) 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;
- g) Falência;
- h) Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, 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;
- i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.

### 4.2. Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária os eventos ocorridos em consequência de:



# CARDIF

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo 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 e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de Seguro;**
- d) **Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- e) **Incapacidades, 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 dela conseqüentes;**
- f) **Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- g) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;**
- h) **Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- i) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- j) **Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;**
- k) **Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;**
- l) **O choque anafilático, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.**
- m) **Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;**
- n) **Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia (s) e período (s) de convalescença a ele relacionado;**
- o) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- p) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- q) **Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- r) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- s) **Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;**
- t) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado por este seguro;**
- u) **Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);**
- v) **Profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.**



# CARDIF

## 5. BENEFICIÁRIO

O beneficiário deste seguro é o próprio Segurado ou seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

## 6. CARÊNCIA

### 6.1. O limite máximo estabelecido como prazo de carência será de até 2(dois) anos.

a) Para estas coberturas, não haverá prorrogação de vigência.

6.2. 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.

6.3. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

## 7. FRANQUIA

A franquia, quando houver, estará definida no Certificado de Seguro e poderá ser:

7.1. Desemprego Involuntário: até 31 (trinta e um) dias.

7.2. Incapacidade Física Total Temporária: até 15 (quinze) dias.

## 8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor máximo de cada cobertura contratada a ser pago ao Segurado.

8.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:

a) Desemprego Involuntário: data do Desemprego Involuntário do Segurado;

b) Incapacidade Física Total e Temporária:

8.2.b.1. **Por acidente:** data da ocorrência do acidente.

8.2.b.2. **Por doença:** data indicada no relatório médico.

8.3. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8.4. Para as coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária, a reintegração do capital segurado será automática, determinada no Certificado de Seguro.

## 9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

9.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados anualmente pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

9.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGP-M/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

9.3. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

## 10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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



# CARDIF

- 10.2.** Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento.
- 10.3.** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 10.4.** **No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente, justificando o motivo da recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.**
- 10.5.** **Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.**
- 10.6.** No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.
- 11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**
- 11.1.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.
- 11.2.** O prazo de vigência deste seguro será estabelecido no Certificado de Seguro, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
- a)** A renovação automática não se aplica aos segurados que comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência do seguro.
- b)** As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa e o Segurado receberá novo Certificado de Seguro a cada renovação.
- 11.3.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Certificado de Seguro.
- 11.4.** Os 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 seguradora.
- 11.5.** Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.



# CARDIF

11.6. 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.

## 12. PRÊMIO DE SEGURO

12.1. O prêmio de seguro será definido no Certificado do Seguro, conforme a opção de plano.

12.2. Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Certificado de Seguro.

12.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de no mínimo  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.

12.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

## 13. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

13.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou fracionados.

a) O pagamento de prêmio de forma mensal, trimestral, semestral ou anual não caracteriza o fracionamento financeiro do prêmio.

b) A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

c) Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

13.2. É garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros.

13.3. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver 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.

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

13.5. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

13.6. **Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.**

a) **No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.**

b) Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.



**CARDIF**

c) Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Certificado de Seguro.

**13.7.** No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes 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.

**13.7.1** Tabela de Prazo Curto

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

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

**13.7.3** A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

**13.7.4** O prêmio fracionado deve ser pago em parcelas mensais e sucessivas.

**13.8.** Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Certificado de Seguro.

**13.9.** Não havendo restabelecimento do pagamento do prêmio, após o fim do prazo de vigência ajustado, a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

**13.9.1** O prazo de suspensão por inadimplemento será de no máximo 90 (noventa) dias, conforme estabelecido no Certificado de Seguro. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

**13.10.** Entretanto, observado o disposto no item **13.9**, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos



# CARDIF

segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

- 13.11.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio de seguro, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 13.12.** Fica reservado à Seguradora o direito de recalculer o prêmio no fim da vigência deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas. As alterações previstas serão demonstradas por estudos técnicos-atuariais. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, às novas operações.

## **14. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO**

**14.1.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- a) Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice dentro dos 30 (trinta) primeiros dias de vigência, sendo lhe ainda devolvido o valor do prêmio eventualmente pago.
- b) Automaticamente, quando do término do período de vigência do Certificado de Seguro, se este não for renovado;
- c) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, quando houver;
- d) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- e) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias.
- f) A qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento, sem direito à devolução de prêmios pagos;
- g) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora;
- h) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;
- i) Na hipótese do Segurado ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

## **15. RESCISÃO CONTRATUAL**

**15.1.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

**15.2.** Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## **16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

**16.1.** Na ocorrência do sinistro, o segurado ou seu representante legal, deverá encaminhar para a Seguradora, um comunicado com o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato,





# CARDIF

cópia simples do Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e comprovante de endereço do Segurado, acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

## **16.1.1 Cobertura de Desemprego Involuntário:**

- 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.
- a1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado será determinada no Certificado de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego involuntário, para continuidade do processo de indenização.
- a2) Nos seguros que possuem franquias, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido no Certificado de seguro.
- b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

## **16.1.2 Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária**

- 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) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma podendo ser:
  - c1) Última declaração do Imposto de Renda, ou;
  - c2) Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
  - c3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
  - c4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
  - c5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.
- d) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

**16.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.**

**16.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.**

## **17. PAGAMENTO DE SINISTROS**

**17.1. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no item 16, para a Seguradora.**

**17.2. Caso haja solicitação de nova documentação e/ou informação complementar, o prazo para liquidação do sinistro será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**

**17.3. Quando o pagamento da indenização não for efetuado dentro do prazo estabelecido no item 17.1, o valor será atualizado pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento da indenização.**

**17.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).**



## 18. PERDA DE DIREITOS

- 18.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 18.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro:
    - a.1) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
    - a.2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
  - b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
    - b.1) 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.2) 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 restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
  - c) 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 do prêmio cabível.
- 18.3. 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.
- a) A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
  - b) O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 18.4. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado ou seu representante legal:
- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
  - b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

## 19. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## 20. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

## 21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes



# CARDIF

condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

## **22. FORO**

As questões judiciais, entre o Segurado ou seu representante legal e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso.

## **23. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**23.1.** As partes se submetem às normas brasileiras do seguro e da presente apólice.

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

**23.3.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

# **CONDIÇÕES GERAIS**

## **RAMO 93**

### **Seguro de Pessoas**

**Processo SUSEP nº 005-00149/00**



**ÍNDICE:**

1.	OBJETIVO .....	3
2.	DEFINIÇÕES .....	3
3.	BENEFICIÁRIO .....	6
4.	GARANTIAS .....	6
5.	CARÊNCIAS .....	18
6.	FRANQUIAS .....	18
7.	CAPITAL SEGURADO .....	18
8.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	19
9.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	20
10.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS .....	20
11.	INCLUSÃO DE SEGURADOS .....	21
12.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	21
13.	CERTIFICADO INDIVIDUAL .....	22
14.	CUSTEIO DO SEGURO .....	22
15.	PRÊMIO DE SEGURO .....	22
16.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO .....	22
17.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO .....	23
18.	SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO .....	24
19.	RESCISÃO CONTRATUAL .....	24
20.	PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO .....	24
21.	PAGAMENTO DE SINISTROS .....	26
22.	ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES .....	26
23.	PERDA DE DIREITOS .....	27
24.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO .....	27
25.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO .....	28
26.	ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS .....	28
27.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	28
28.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	28
29.	SUB-ROGAÇÃO .....	29
30.	TRIBUTOS .....	29
31.	FORO .....	29
32.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	29



## 1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus Beneficiários, na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro, nos termos das condições gerais, especiais e contrato de seguro, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

## 2. DEFINIÇÕES

a) **Acidente Pessoal:** O 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 outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.



- b) **Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.
- a) **Beneficiário(s):** É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), cedente (s) do financiamento ou serviço, à quem (às quais) deve ser paga a indenização na hipótese de ocorrência do sinistro.
- b) **Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- c) **Carência:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado em Contrato, em que as garantias contratadas não terão cobertura.
- d) **Certificado Individual:** Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- e) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.
- f) **Contrato:** Conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização deste seguro.
- g) **Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- h) **Doença Preexistente:** É toda doença, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica, ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual o segurado tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação do seguro.
- i) **Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- j) **Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- k) **Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado em Contrato, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.



- l) Grupo Segurável:** É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- m) Grupo Segurado:** É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- n) Indenização:** É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- o) Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- p) Instituição Financeira:** Para fins deste seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física segurada de uma apólice do seguro de proteção financeira, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito, e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no Contrato do seguro.
- q) Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade para obtenção das garantias e coberturas, previstas no contrato de seguro.
- r) Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- s) Proposta de Adesão:** É o documento preenchido e assinado pelo proponente, solicitando sua inclusão no Seguro.
- t) Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato de Seguro, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- u) Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- v) Seguradora:** É a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- w) Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais e contrato, caso se produza o evento coberto.
- x) Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- y) Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e contrato da





apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

### **3. BENEFICIÁRIO**

**3.1.** É (são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

**3.2.** Na falta de indicação do segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, quando for o caso, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

**3.2.1.** Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

**3.2.2.** É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

**3.3.** Renúncia ao Direito de sua Substituição: Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração, e procederá ao pagamento ao antigo beneficiário caso não seja cientificada oportunamente da substituição.

### **4. GARANTIAS**

As garantias do seguro dividem-se em:

#### **4.1. Garantia Básica de Morte**

**4.1.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

**4.1.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.1.3. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Morte os eventos ocorridos em consequência de:



- 4.1.3.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.1.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.1.3.3. Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- 4.1.3.4. Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.1.3.5. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.1.3.6. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.1.3.7. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- 4.1.3.8. Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.

#### 4.2. Garantia Básica de Auxílio Funeral

**4.2.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica de Morte, referente aos gastos com o sepultamento do segurado, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável no Certificado Individual.

**4.2.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Auxílio Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.2.3. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Auxílio Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte, conforme item 4.1.3.

#### 4.2. Garantia Básica de Assistência Funeral

**4.2.1. Objetivo:** Garante a prestação de serviços de assistência funeral, através de rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado, sendo a forma, critério e valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

**4.2.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Assistência Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e



máxima de 70 (setenta) 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.

**4.2.3. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Assistência Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte, conforme item 4.1.3, e mais:

- a) A cremação para o BENEFICIÁRIO que resida em municípios que não disponham desse serviço;
- b) Despesas extras ou não previstas neste acima para a prestação dos serviços de assistência a sepultamento e cremação.

#### **4.3. Garantia de Indenização Especial por Morte Acidental**

**4.3.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização proporcional ao valor do capital segurado contratado da garantia Básica de Morte, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

**4.3.1.1.** O capital segurado para esta garantia não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital contratado para a garantia de Morte.

**4.3.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a Indenização Especial por Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.3.3. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da Indenização Especial por Morte Acidental os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.3.3.1.** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.3.3.2.** atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.3.3.3.** Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- 4.3.3.4.** Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.3.3.5.** Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;



- 4.3.3.6. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.3.3.7. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- 4.1.3.8. Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.

#### **4.4. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

**4.4.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica de Morte, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada por acidente pessoal coberto, verificada ao término do tratamento, desde que seja definitivo o caráter da Invalidez, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

**4.4.1.1** Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

**4.4.2. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será caracterizada conforme a tabela:**



	<b>Discriminação</b>	<b>% Sobre a Importância Segurada</b>
<b>Invalidez Total</b>	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
<b>Invalidez Parcial (Diversas)</b>	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
<b>Invalidez Parcial (Membros Superiores)</b>	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
<b>Invalidez Parcial (Membros Inferiores)</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1.º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1.º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização	

**4.4.2.1.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.



**4.4.2.2.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta no Contrato do seguro.

**4.4.2.3.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

**4.4.2.4.** 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). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

**4.4.2.5.** 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.

**4.4.2.6.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

**4.4.2.7.** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

**4.4.2.7.1.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

**4.4.2.8.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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 uma junta médica 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.

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



**4.4.2.9.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

**4.4.2.10.** Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

**4.4.2.11.** Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato de Seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

**4.4.3. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.4.4. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.4.4.1.** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.4.4.2.** atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.4.4.3.** Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- 4.4.4.4.** ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- 4.4.4.5.** Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.4.4.6.** Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.4.4.7.** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.4.4.8.** Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- 4.4.4.9.** Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- 4.4.4.10.** Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;



- 4.4.4.11. Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.4.4.12. O choque anafilático, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

#### **4.5. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**

**4.5.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente.

**4.5.1.1. A Perda da Existência Independente** será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

**4.5.2. Para fins desta cobertura, consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
  - g1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - g2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - g3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
  - g4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.





- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
  - i1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**
  - i2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;**
  - i3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

**4.5.3.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma indenização.

**4.5.4.** A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença, deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 4.4.2.

**4.5.5.** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença.

**4.5.6.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

**4.5.7.** A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

**4.5.8.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta 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 designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.



**4.5.9.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

**4.5.10.** Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

**4.5.10.1.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato de Seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

**4.5.11. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.5.12. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

**4.5.12.1.** A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

**4.5.12.2.** Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

**4.5.12.3.** A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

**4.5.13.** Excluem-se, ainda, da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os eventos ocorridos em consequência de:

**4.5.13.1.** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;



- 4.5.13.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.5.13.3. Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;
- 4.5.13.4. Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.5.13.5. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.5.13.6. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.5.13.7. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- 4.5.13.8. Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.

#### **4.6. Garantia Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge**

**4.6.1. Objetivo:** Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte de seu cônjuge, quando ocorrer dentro do período de cobertura, sendo o valor máximo indenizável no Certificado Individual.

**4.6.1.1.** O cônjuge também poderá participar das garantias adicionais de Indenização Especial por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, mediante solicitação na proposta de seguro e desde que contratadas pelo segurado titular.

**4.6.2.** A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados titulares, que pode ser feita das seguintes formas:

- a) Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados titulares; e
- b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados titulares que assim o autorizarem.

**4.6.3.** Equiparam-se ao(s) cônjuge(s) os(as) companheiros(as) dos segurados titulares, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

**4.6.3.1. Não podem participar desta cláusula os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo de segurados titulares.**

**4.6.4.** O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Certificado Individual.



**4.6.5.** A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

**4.6.5.1.** Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;

**4.6.5.2.** Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

#### **4.7. Garantia Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos**

**4.7.1. Objetivo:** Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte de algum dos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, quando ocorrer dentro do período de cobertura, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

**4.7.2.** Para fins deste seguro, poderão ser incluídos, na qualidade de segurados dependentes, os filhos dos segurados titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, e pode ser feita das seguintes formas:

- a) Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados; e
- b) Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

**4.7.3.** Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

**4.7.3.1. Não podem participar desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.**

**4.7.4.** Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

**4.7.5. O capital segurado da garantia suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Certificado Individual.**

**4.7.5.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no**



#### **Contrato do seguro.**

**4.7.5.2. Para os filhos com idade a superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato do Seguro.**

**4.7.6.** A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

**4.7.6.1.** Na data do início da garantia do risco individual do segurado titular;

**4.7.6.2.** Na data da inclusão da cláusula na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

**4.8.** Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

**4.9.** O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte.

### **5. CARÊNCIAS**

**5.1. A carência, observado o disposto no sub item “e” do item 2, quando houver, será determinada no Certificado Individual.**

**5.2** 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 dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

**5.3** O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.

**5.4** Caso o grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

**5.5** 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. FRANQUIAS**

**A franquia, observado o disposto no sub item “m” do item 2, quando houver, será determinada no Certificado Individual.**

### **7. CAPITAL SEGURADO**

**7.1.** O capital segurado será estabelecido no Contrato e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.



**7.2.** Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:

**8.1.** De acordo com o Contrato, o Capital Segurado poderá ser:

**8.1.1. Cobertura de Morte, Indenização Especial por Morte Acidental, Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**

**a) Percentual do Saldo da Dívida:** O Capital Segurado será equivalente a um percentual do saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

**b) Soma das Parcelas/Fatura a vencer:** O Capital Segurado será obtido pela somatória das parcelas a vencer no momento da ocorrência do sinistro, limitado ao valor estabelecido no Certificado Individual;

**c) Valor Fixo:** O Capital Segurado, no momento da ocorrência do sinistro, será igual ao valor estabelecido no Certificado Individual;

**d) Quitação Parcial ou Total das Parcelas/Fatura:** O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro, será o valor da parcela/fatura mensal devida limitada ao valor da parcela mensal contratada, que será paga até o número de parcelas / faturas mensais contratadas, desde que o Segurado permaneça na condição de sinistrado, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.

**8.1.2. Cobertura de Auxílio Funeral e Cobertura de Assistência Funeral**

**a)** Será um valor fixo de Capital, descrito no Certificado Individual.

**8. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

8.1. Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

8.2. Os valores devidos pela Segurado a título de atualização monetária serão calculados pela variação do índice a seguir estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme o que dispõe as respectivas Cláusulas destas Condições.

8.3. O índice pactuado para a atualização de valores será o IGPM/FGV (Índice Geral de Preços para o Mercado, da Fundação Getúlio Vargas).

8.3.1. No caso de extinção do IGPM/FVG, a Seguradora passará a utilizar o Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE

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

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



## **8.2. Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:**

- a) Do capital segurado, uma vez que esta é proporcional ao saldo devedor, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante/beneficiário e informado mensalmente pelo estipulante à seguradora, para cálculo do prêmio mensal.
- b) Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, que o capital segurado pode flutuar durante a vigência do crédito. Então, a precificação já considera um capital segurado médio.
- c) Do capital segurado e do prêmio, quando o valor estipulado como capital segurado for um valor fixo em reais.

## **9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

**9.1.** Não há reintegração para as garantias de Morte, Auxílio Funeral e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.

**9.2.** No caso de Invalidez Parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

## **10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS**

**10.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

**10.2.** Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

**10.3.** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado Individual. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

**10.4.** No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15(quinze) dias, a mesma será comunicada por inscrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído integralmente pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10(dez) dias contados da data da formalização da recusa.

**10.4.1.** Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 10.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor,



**juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.**

**10.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).**

## **11. INCLUSÃO DE SEGURADOS**

**11.1.** A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo obrigatório para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde.

**11.2.** A inclusão dos segurados na apólice será determinada no contrato e poderá ser compulsória, quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade descritas no item 4 destas Condições Gerais; ou facultativa, quando o seguro abranger os clientes do Estipulante que tiverem sua inclusão expressamente declarada, observado ainda o disposto no item 10 destas Condições Gerais.

## **12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

**12.1.** O plano de 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.

**12.2.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado Individual.

**12.3.** O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

**12.3.1.** As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.

**12.4.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Contrato.

**12.5.** Os 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 seguradora, ressalvado o disposto no item 12.2





### **13. CERTIFICADO INDIVIDUAL**

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

### **14. CUSTEIO DO SEGURO**

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado no Contrato.

- **Contributário:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Parcialmente Contributário:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Não Contributário:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

### **15. PRÊMIO DE SEGURO**

**15.1.** O prêmio de seguro será determinado no Certificado Individual.

**15.2.** Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Contrato do Seguro.

**15.3.** Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de  $\frac{3}{4}$  dos segurados, de acordo com Código Civil e Resolução CNSP 107/2004.

### **16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO**

**16.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.

**16.1.1.** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

**16.1.2.** Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

**16.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver 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.

**16.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

**16.4.** Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

**16.4.1.** No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

**16.4.2.** Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

**16.4.3.** Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no Certificado Individual.

**16.4.4.** O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

**16.5.** Entretanto, observado o disposto no item 16.4, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, 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, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

**16.6.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, 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, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

## **17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO**

**17.1.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

**17.1.1.** automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;

**17.1.2.** Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;



**17.1.3.** Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;

**17.1.4.** Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

**17.2.** Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

## **18. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO**

**18.1.** A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do **sub item 16.4** destas Condições Gerais.

**18.2.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

## **19. RESCISÃO CONTRATUAL**

**19.1.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

**19.2.** Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## **20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO**

**20.1.** Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, 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 abaixo relacionados, conforme o evento:

### **20.1.1. Garantia Básica de Morte, Auxílio Funeral e Assistência Funeral:**

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte



- acidental;
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
  - e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

**20.1.1.1. Exclusivo para Assistência Funeral:**

- a) Quando ocorrer algum fato, objeto das prestações de serviço de Assistência, o beneficiário solicitará pela Central de Serviços e Relacionamento 0800 a assistência correspondente, informando nome e número do Certificado;
- b) Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

**20.1.2. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

**20.1.3. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:**

- a) Relatório médico original contendo:
  - a1) o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
  - a2) detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

**20.2.** A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

**20.3.** No caso de sinistros da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o segurado deverá submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

**20.4.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.



**20.4.1.** Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

## **21. PAGAMENTO DE SINISTROS**

**21.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá o Segurado/Estipulante comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, **mediante dúvida fundada e justificável**, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

**21.2.** Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação, conforme especificado no item 20 desta condição.

**21.3.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior para indenização do sinistro sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

**21.4.** A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia ao Estipulante serão determinadas no Contrato do Seguro.

**21.5.** Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 21.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

**21.6.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

## **22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES**

As indenizações por morte e invalidez permanente do segurado não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do segurado, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte.



## **23. PERDA DE DIREITOS**

**23.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

**23.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:**

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, 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.**
- c) 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 do prêmio cabível.**

**23.2. 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.**

**23.2.1. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**

**23.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

**23.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):**

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e**
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.**

## **24. PRAZO DE PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.



## **25. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO**

**25.1.** O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato do Seguro.

**25.2.** A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

**25.3.** Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.

**25.4.** A distribuição do excedente técnico, será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

**25.5.** A definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no Contrato .

**25.6.** Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do Seguro.

## **26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS**

**26.1.** Qualquer modificação na Apólice de Seguro 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, três quartos do grupo segurado.

**26.2.** Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.

**26.2.1** 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.

## **27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

As garantias de morte e invalidez permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

## **28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela



fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

## **29. SUB-ROGAÇÃO**

No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

## **30. TRIBUTOS**

**30.1.** Os prêmios de seguro incluem todos os tributos, impostos, taxas, contribuições e outros encargos governamentais, de qualquer natureza, incidentes sobre os mesmos, tais como, sem limitação, o Programa de Integração Social - PIS e a Contribuição para a Seguridade Social - COFINS.

**30.2.** O prêmio deverá ser pago integralmente à Seguradora, para que esta proceda ao devido recolhimento do Imposto sobre Operações Financeiras – IOF.

**30.3.** Havendo qualquer alteração na legislação tributária, que implique na majoração das alíquotas dos tributos atualmente aplicáveis, os valores dos prêmios serão reajustados de forma a refletir tal alteração.

## **31. FORO**

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

## **32. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

**32.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.





**BNP PARIBAS  
CARDIF**

# **CONDIÇÕES GERAIS**

**RAMO 82 - APC**

**Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo**

**Processo SUSEP nº. 005-00113/00**

São Paulo – SP  
21 de fevereiro de 2014



## Índice

1. OBJETIVO .....	3
2. DEFINIÇÕES .....	3
3. BENEFICIÁRIO.....	6
4. COBERTURAS .....	6
5. CARÊNCIAS.....	19
6. FRANQUIAS.....	19
7. CAPITAL SEGURADO.....	19
8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES .....	19
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	20
10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	20
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS .....	20
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	21
13. CERTIFICADO DE SEGURO.....	21
14. CUSTEIO DO SEGURO .....	21
15. PRÊMIO DE SEGURO.....	22
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO .....	22
17. AGRAVAÇÃO PARA INCLUSÃO DE RISCOS EXCLUÍDOS.....	23
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO .....	23
19. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO.....	23
20. RESCISÃO CONTRATUAL .....	24
21. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO .....	24
22. PAGAMENTO DE SINISTROS.....	26
23. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES .....	26
24. PERDA DE DIREITOS .....	27
25. PRAZO DE PRESCRIÇÃO .....	27
26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS.....	27
27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	28
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	28
29. FORO .....	28
30. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	28



## **1. OBJETIVO**

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou à seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro, nos termos das condições gerais, especiais e do Contrato, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

## **2. DEFINIÇÕES**

**a) 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 outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.

**b) Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.

**c) Beneficiário(s):** É(são) a(s) pessoa(s) física(s), previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de seu falecimento.

**d) Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.



- e) Carência:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado em Contrato de Seguro, em que as garantias contratadas não terão cobertura.
- f) Certificado Individual:** Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- g) Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.
- h) Crime:** Para efeito deste seguro é a violação dolosa da lei penal que cause morte ou dano corporal ao segurado, que acarrete sua invalidez permanente e total que se enquadre no conceito de acidente pessoal, de obrigatória comunicação á autoridade policial.
- i) Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- j) Doença Preexistente:** É toda debilidade, congênita, adquirida, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, 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.
- k) Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- l) Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) Evento Previsto:** Assalto, agressão física, roubo e ferimentos pessoais decorrentes destes eventos.
- n) Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado em Contrato, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.
- o) Grupo Segurável:** É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- p) Grupo Segurado:** É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- q) Hospital:** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:
- Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
  - Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas e subnormalidades inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
  - Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;



- Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
  - Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
  - Instituição, hospital, clínica ou casa de saúde para convalescentes ou para reabilitação
  - Home care (internação domiciliar).
- r) Indenização:** É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- s) Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- t) Internação Hospitalar:** É a permanência, por período mínimo de 12 (doze) horas (comprovada pela cobrança de uma diária hospitalar), em hospital, em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.
- u) Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista no Contrato de Seguro, para obtenção das garantias e coberturas previstas no contrato de seguro.
- v) Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- w) Proposta de Adesão:** É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- x) Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- y) Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- z) Seguradora:** É a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- aa) Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais e o Contrato, caso se produza o evento coberto.
- bb) Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- cc) Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e particulares da apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.



### **3. BENEFICIÁRIO**

**3.1.** É (são) a(s) pessoa(s) física(s) designada(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

**3.2.** Na falta de indicação do beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, quando for o caso, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

**3.2.1.** Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

**3.2.2.** É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

**3.2.3** Na contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge e Filhos, a indenização será paga ao segurado titular.

**3.2.3.1** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais do segurado.

**3.3.** Renúncia ao Direito de sua Substituição: Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração, e procederá ao pagamento ao antigo beneficiário caso não seja cientificada oportunamente da substituição.

**3.3.1.** A renúncia do segurado ao direito de substituição de beneficiário não exige instrumento público, podendo ser feita por instrumento particular, em documento à parte do contrato de seguro devidamente formalizado.

### **4. COBERTURAS**

As coberturas do seguro dividem-se em:

#### **4.1. Cobertura de Morte Acidental**

**4.1.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

**4.1.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.



**4.1.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte Acidental os eventos ocorridos em consequência de:**

- 4.1.3.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 4.1.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.1.3.3. Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**
- 4.1.3.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- 4.1.3.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- 4.1.3.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**
- 4.1.3.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.1.3.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

#### **4.2. Cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental**

**4.2.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, referente aos gastos com o sepultamento do segurado, quando a morte decorrer **exclusivamente** de acidente pessoal coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado de Seguro.

A Seguradora se obriga, no caso de morte exclusivamente decorrente de acidente pessoal do Segurado Principal, a reembolsar o beneficiário do seguro, até o limite do capital segurado contratado para a presente cobertura, pelas despesas realizadas com o funeral do Segurado falecido.

**4.2.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Auxílio Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.2.3. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Auxílio Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte Acidental, conforme item 4.1.3.

#### **4.3 Cobertura de Assistência Funeral**

**4.3.1. Objetivo:** Garante a prestação de serviços de assistência funeral, através de rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado, sendo a forma, critério e valor máximo indenizável definido em Condições Gerais..

**4.3.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Assistência Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.**

**4.3.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Assistência Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte, conforme item 4.1.3, e mais:**

- a) A cremação para o BENEFICIÁRIO que resida em municípios que não disponham desse serviço;**
- b) Despesas extras ou não previstas neste acima para a prestação dos serviços de assistência a sepultamento e cremação**

#### **4.4. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

**4.4.1. Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada por acidente pessoal coberto.

**4.4.2.** Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

**4.4.3. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será caracterizada conforme a tabela:**





	<b>Discriminação</b>	<b>% Sobre a Importância Segurada</b>
<b>Invalidez Total</b>	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
<b>Invalidez Parcial (Diversas)</b>	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
<b>Invalidez Parcial (Membros Superiores)</b>	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
<b>Invalidez Parcial (Membros Inferiores)</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fémur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1.º (primeiro dedo)	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1.º (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização	

**4.4.3.1** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.



**4.4.4.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Contrato.

**4.4.5.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

**4.4.6.** 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). Da mesma forma, 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.

**4.4.7.** 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.

**4.4.8.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

**4.4.9.** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

**4.4.9.1.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

**4.4.10.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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 uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, 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. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

**4.4.11.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte acidental, se contratada esta cobertura.

**4.4.11.1** Caso a cobertura de Invalidez Permanente e **Total** por Acidente seja igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de morte acidental, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte acidental, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.



**4.4.12.** Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e o Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

**4.4.13. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.4.14. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

**4.4.14.1.** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

**4.4.14.2.** atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

**4.4.14.3.** Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;

**4.4.14.4.** ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;

**4.4.14.5.** Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;

**4.4.14.6.** Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,

**4.4.14.7.** Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;

**4.4.14.8.** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

#### **4.5. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas**

**4.5.1. Objetivo:** Garantir ao Segurado, no caso de acidente pessoal coberto, a indenização, até o limite máximo contratado, das despesas médicas e diárias hospitalares incorridas com o tratamento, sob orientação médica, necessário para o restabelecimento do segurado, e desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente.

**4.5.1.1.** Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

**4.5.1.2.** Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

**4.5.1.3** Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

**4.5.1.4.** A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

**4.5.1.5.** O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento efetuado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica, quando da liquidação do sinistro.

**4.5.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 70 (setenta) 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.**

**4.5.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas os eventos ocorridos em consequência de:**

**4.5.3.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

**4.5.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

**4.5.3.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**

**4.5.3.4. Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, e da prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;**

**4.5.3.5. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelos beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**

**4.5.3.6. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**

**4.5.3.7. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**

#### **4.6. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária**

**4.6.1. Objetivo:** Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente à diária contratada, em função da Incapacidade Temporária do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto.

**4.6.1.1. Incapacidade Temporária:** Caracteriza-se a Incapacidade Temporária pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

**4.6.1.2.** O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade temporária.

**4.6.1.3.** O número de diárias indenizadas não poderá ser superior a quantidade contratada, independente do número de acidentes ocorridos.



**4.6.2. Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.

**4.6.3. Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.6.3.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 4.6.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.6.3.3. doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**
- 4.6.3.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- 4.6.3.5. atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- 4.6.3.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,**
- 4.6.3.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.6.3.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.6.3.9. Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- 4.6.3.10. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- 4.6.3.11. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- 4.6.3.12. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- 4.6.3.13. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- 4.6.3.14. Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;**
- 4.6.3.15. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**
- 4.6.3.16. Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).**

#### **4.7. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar**

**4.7.1. Objetivo:** Garantir ao segurado o pagamento do valor correspondente a renda básica diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, observados o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

**4.7.1.1.** O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.



**4.7.1.2.** O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente será considerado um mesmo evento quando o intervalo entre estas ocorrências for inferior a 12 (doze) meses.

**4.7.2.** A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, devendo o prazo superior ao período de franquia e limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

**4.7.2.1** O evento hospitalização é caracterizado pela permanência do Segurado pelo período mínimo de 12 (doze) horas em uma Instituição Hospitalar coberta, a qual será comprovada mediante a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

**4.7.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.**

**4.6.4 Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar os eventos ocorridos em consequência de:**

- 4.7.4.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- 4.7.4.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- 4.7.4.3. doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**
- 4.7.4.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- 4.7.4.5. atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- 4.7.4.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,**
- 4.7.4.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.7.4.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.7.4.9. Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- 4.7.4.10. Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**
- 4.7.4.11. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- 4.7.4.12. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- 4.7.4.13. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- 4.7.4.14. Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**



#### **4.8. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge**

**4.8.1. Objetivo:** Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental de seu cônjuge.

**4.8.2.** A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados titulares, que pode ser feita da seguinte forma:

- a) Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados titulares;
- b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados titulares que assim o autorizarem.

**4.8.3.** Equiparam-se ao(s) cônjuge(s) os(as) companheiros(as) dos segurados titulares, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

**4.8.3.1. Não podem participar desta cláusula os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo de segurados titulares.**

**4.8.4.** O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.

**4.8.5.** A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

**4.8.5.1** Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;

**4.8.5.2.** Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

#### **4.9. Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos**

**4.9.1. Objetivo:** Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte acidental de algum dos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

**4.9.1.2.** Poderão ser incluídos, na qualidade de segurados dependentes, os filhos dos segurados titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, e pode ser feita das seguintes formas:

- a) Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados; e
- b) Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

**4.9.2** Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

**4.9.2.1. Não podem participar desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.**



**4.9.3.** Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

**4.9.4. O capital segurado da cobertura suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Contrato.**

**4.9.4.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no Contrato.**

**4.9.4.2. Para os filhos com idade superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato.**

**4.9.5.** A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

**4.9.5.1.** Na data do início da garantia do risco individual do segurado titular;

**4.9.5.2.** Na data da inclusão da cláusula na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

#### **4.10 Cobertura de Morte em Decorrente de Crime**

Garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, caso venha a ocorrer morte do Segurado exclusivamente decorrente de crime, devidamente coberto pelo seguro, qualquer que seja o local e a hora de sua ocorrência, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais.

**4.10.1. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.**

**4.10.2. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte em Conseqüência de Crime os eventos ocorridos em conseqüência de:**

**4.10.2.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

**4.10.2.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

**4.10.2.3. Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;**

**4.10.2.4. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**

**4.10.2.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**

**4.10.2.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;**





- 4.10.2.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.10.2.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.10.2.9. Crime praticado por descendente, ascendentes e cônjuge do Segurado, bem como quaisquer parentes que com ele residam ou que dele dependam economicamente;**
- 4.10.2.10. Ocorrências enquadradas na legislação em vigor como crime de trânsito;**
- 4.10.2.11. Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.**

#### **4.11. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Decorrência de Crime**

**4.11.1.Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada exclusivamente em decorrência de Crime devidamente Coberto.

**4.11.2.** Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

**4.11.3. Para esta cobertura, será utilizada a mesma tabela do item 4.3 - Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**

**4.11.3.1** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

**4.11.4.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no Contrato.

**4.10.5.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

**4.11.6.** 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). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

**4.11.7.** 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.

**4.11.8.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

**4.11.9.** A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

**4.11.9.1.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

**4.11.10.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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 uma junta médica 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. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

**4.11.11.** Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por decorrência de Crime, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte acidental, se contratada esta cobertura.

**4.11.11.1** Caso a cobertura de Invalidez Permanente e **Total** em decorrência de Crime, seja igual a 100% do Capital Segurado da cobertura de morte acidental em decorrência de Crime, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte em decorrência de Crime, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

**4.11.12.** Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total em decorrência de Crime, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e o Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

**4.11.13. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por decorrência de Crime todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) 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.**

**4.11.14. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por decorrência de Crime os eventos ocorridos em consequência de:**

**4.11.14.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

**4.11.14.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

**4.11.14.3. Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**

**4.11.14.4. ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;**

**4.11.14.5. Atos ilícitos ou contrários à lei praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**



- 4.11.14.6. Ato doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro,**
- 4.11.14.7. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- 4.11.14.8. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**
- 4.11.14.9. Qualquer outra causa que não seja resultante de crime doloso.**

**4.12.** Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

## **5. CARÊNCIAS**

- 5.1. Não haverá carência para as coberturas decorrentes de acidentes pessoais.**
- 5.2 Conforme disposto na legislação em vigor, para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, o presente Seguro terá carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados do início de vigência, ou da sua recondução depois de suspenso.**

## **6. FRANQUIAS**

- 6.1. Para a cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento;**
- 6.2. Para a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar, o período de franquia será de 1 (um) dia de internação, caracteriza pela permanência mínima de 12 (doze) horas de internação em uma Instituição Hospitalar devidamente comprovada para fins legais;**

## **7. CAPITAL SEGURADO**

- 7.1.** O capital segurado será estabelecido no Contrato e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 7.2.** Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será, nas coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente.
- 7.3.** Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

## **8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES**

- 8.1.** A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados em cada aniversário do Certificado de Seguro, com base no Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulado no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.
- 8.2.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM-FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IPCA/IBGE).

**8.3.** As contratações com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

## **9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

**9.1.** Não há reintegração para as coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou em decorrência de Crime.

**9.2.** No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

**9.3.** Para as coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Diárias de Incapacidade Temporária, a reintegração do capital segurado será automática, determinada no Contrato.

## **10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS**

**10.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

**10.2.** Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as coberturas, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

**10.3.** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do certificado de seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

**10.4. No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído integralmente pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.**

**10.4.1. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 10.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.**

## **11. INCLUSÃO DE SEGURADOS**

**11.1.** A inclusão dos segurados na apólice será feita por adesão individual ao contrato coletivo. A contratação de seguros por meio de apólice coletiva deve ser realizada mediante apresentação obrigatória de proposta de contratação assinada pelo estipulante, pelo sub-estipulante se for o caso, e pelo corretor de seguros, ressalvada a hipótese de contratação direta.

## **12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

**12.1. O plano de 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.**

**12.2.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.

**12.3.** O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

**12.4.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Contrato.

**12.5.** Os 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 seguradora, ressalvado o disposto no item 12.2.

**12.6.** A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez. As renovações posteriores serão feitas de forma expressa.

**12.6.1.** A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

**12.6.2 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.**

## **13. CERTIFICADO DE SEGURO**

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

## **14. CUSTEIO DO SEGURO**

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado no Contrato.

- **Contributário:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Parcialmente Contributário:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Não Contributário:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.



## **15. PRÊMIO DE SEGURO**

**15.1.** O prêmio de seguro será determinado no Contrato.

**15.2.** Qualquer alteração na apólice que implique em ônus ou dever ou a redução de seus direitos para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  do grupo Segurado.

## **16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO**

**16.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Contrato.

**16.1.1.** A cobrança do prêmio poderá ser efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, e deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão do documento de cobrança;
- d) número da apólice e/ou do certificado individual;
- e) data limite para o pagamento do prêmio.

**16.1.2.** A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado, ou ao seu representante legal, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

**16.1.2.1.** O disposto neste artigo não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.

**16.1.2.2.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

**16.1.3.** Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

**16.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver 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.

**16.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

**16.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.**

**16.4.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.**



**16.4.2.** Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

**16.4.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Contrato.**

**16.4.4. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.**

**16.5.** Entretanto, observado o disposto no **item 16.4**, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, 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, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

**16.6.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, 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, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

## **17. AGRAVAÇÃO PARA INCLUSÃO DE RISCOS EXCLUÍDOS**

**17.1.** Em caso de concessão de cobertura para qualquer risco excluído nas Condições Gerais deste produto, a taxa de todas as coberturas do seguro principal/titular, previstas na Nota Técnica Atuarial, poderão ser agravadas em até 50%.

**17.2.** O Contrato de Seguro deverá conter cláusula específica prevendo claramente que determinada exclusão não tem aplicação e está sem efeito para o seguro contratado.

## **18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO**

**18.1.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- a) automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- c) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- d) Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

**18.2.** Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

## **19. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO**

**19.1.** A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do **sub item 16.4** destas Condições Gerais.

**19.2.** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

## **20. RESCISÃO CONTRATUAL**

**20.1.** O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

**20.2.** Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## **21. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO**

**21.1.** Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, 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 abaixo relacionados, conforme o evento:

### **21.1.1. Cobertura de Morte Acidental:**

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

### **21.1.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

### **21.1.3. Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:**

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como a data do primeiro atendimento e alta definitiva, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- b) Notas Fiscais e recibos originais referentes às despesas tidas em caráter particular com o atendimento ao Segurado;
- c) Receituários médicos com as respectivas Notas Fiscais e recibos originais, referentes as despesas tidas com medicamentos prescritos pelo médico em virtude das lesões provocadas pelo acidente.

### **21.1.4. Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária:**

- 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 total temporária, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;





**21.1.5. Cobertura de Diárias por Internação Hospitalar:**

- 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) Documento que comprove a hospitalização do segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais;
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- d) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- e) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;

**21.1.6. Cobertura Morte em Decorrência de Crime:**

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido pelo Segurado/Beneficiário(s) e médico assistente;
- b) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
- d) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML);
- e) Certidão de Nascimento ou Casamento, RG e CPF do Segurado /Beneficiário;
- f) Cópia do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s) e Segurado;

**21.1.7. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial em Conseqüência de Crime:**

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido pelo Segurado/Beneficiário(s) e médico assistente;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez de acordo com a tabela constante da garantia, informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado;
- c) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO);
- d) Certidão de Nascimento ou Casamento, RG e CPF do Segurado /Beneficiário;
- e) Cópia do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s) e Segurado;
- f) Aviso de alta Médica;
- g) Laudo de dosagem alcoólica, quando necessário.

**21.1.8. Cobertura Assistência Funeral:**

- a) Quando ocorrer algum fato, objeto das prestações de serviço de Assistência, o beneficiário solicitará pela Central de Serviços e Relacionamento 0800 a assistência correspondente, informando nome e número do Certificado;
- b) Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

**21.1.9. Cobertura Auxílio Funeral por Morte Acidental:**

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO).



- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML).
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML.
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

**21.2.** A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

**21.3.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

**21.3.1.** Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

## **22. PAGAMENTO DE SINISTROS**

**22.1.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado/Estipulante deverá comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, **mediante dúvida fundada e justificável**, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

**22.2.** Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, da documentação básica listada no subitem 21.1.

**22.3.** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior será suspenso e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

**22.4.** Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 22.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

**22.5.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

## **23. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES**

As indenizações por morte acidental e invalidez permanente do segurado não se acumulam, se decorrente do mesmo acidente. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do segurado, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte acidental, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte acidental.



## **24. PERDA DE DIREITOS**

**24.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à cobertura, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

**24.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:**

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, 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.**
- c) 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 do prêmio cabível.**

**24.2. 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.**

**24.2.1. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**

**24.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

**24.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):**

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e**
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.**

## **25. PRAZO DE PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS**

**26.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro 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, três quartos do grupo segurado.**

**26.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.**

**26.2.1.** 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.

## **27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

**27.1.** As coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

**27.2.** As coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, Diárias de Incapacidade Temporária e Diárias por Internação Hospitalar abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

## **28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

## **29. FORO**

**29.1** As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

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

## **30. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

**30.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.