
Tokio Marine

Prestamista



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Ouvidoria é mais um canal de comunicação que a Seguradora coloca à sua disposição, que se diferencia dos demais, pois tem como missão a defesa de seus direitos perante a empresa com total imparcialidade e transparência.

Quando você pode recorrer a esse serviço?

Você ou seu Corretor de Seguros podem recorrer a esse serviço sempre que registrar uma solicitação, fazer uma consulta ou reclamação junto aos nossos canais de relacionamento (Serviço de Atendimento ao Cliente ou nosso site) e:

- Não concordarem ou tiverem dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa após o processo ter sido considerado encerrado pelos canais acima ou;
- Não receberem resposta em 30 (trinta) dias.

O papel do Ouvidor

O Ouvidor é um profissional que possui profundo conhecimento da área de seguros. Ele atua de forma personalizada, independente e age ativamente como um representante do cidadão, respeitando as condições dos contratos de seguros, os direitos humanos e o Código de Defesa do Consumidor.

Sua solicitação em boas mãos

Com a sua solicitação em mãos, o Ouvidor poderá esclarecer, justificar ou reformar uma decisão adotada pela empresa.

Tenha certeza que tudo será estudado com o mais absoluto cuidado.

No prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data em que a Ouvidoria receber a manifestação, o nosso Ouvidor comunicará a posição adotada para você e para o seu Corretor de Seguros.

Estamos prontos para ouvir você

A Ouvidoria está em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Para recorrer a esse serviço que é gratuito, você ou seu Corretor de Seguros deverão apresentar a solicitação, consulta ou reclamação por escrito, contendo o seu nome completo.

Como funciona a Ouvidoria

Você pode recorrer a este serviço sempre que não concordar ou tiver dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa. Todavia, para isso é imprescindível já ter acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).

Assim, você registra sua manifestação nos seguintes canais:

www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou;

Através do 0800 449 0000;

Ouvidoria Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

SEGURO PRESTAMISTA IBICRED

CONDIÇÕES GERAIS

Índice

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS.....	3
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	6
4.	CARÊNCIA.....	8
5.	Franquia	9
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	9
7.	DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	9
8.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS.....	9
9.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	10
10.	BENEFICIÁRIOS.....	11
11.	CAPITAIS SEGURADOS.....	12
12.	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	12
13.	CUSTEIO DO SEGURO	13
14.	PRÊMIO	13
15.	<u>ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS</u>	14
16.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	15
17.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	19
18.	CANCELAMENTO DO SEGURO	20
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	20
20.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	21
21.	Alterações DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	22
22.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	22
23.	DISPOSIÇÕES GERAIS	22
24.	PRESCRIÇÃO.....	23
25.	DO FORO.....	23
26.	CONCEITOS	23

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO PRESTAMISTA IBICRED

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- I. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
- II. O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
- III. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo a quitação da dívida assumida pelo segurado junto ao Estipulante, conforme disposto nas Condições Contratuais do Seguro, no caso da ocorrência de um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1. Cobertura Básica:
Básica - Morte

1.2.2. Coberturas Adicionais:
IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;
IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;
PRD – Perda de Renda por Desemprego Involuntário;
RIH – Renda por Internação Hospitalar.

1.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. Básica - Morte

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização limitada ao capital máximo individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2. ADICIONAIS

2.2.1. IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização limitada ao capital máximo individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, total, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no subitem **2.2.1.1.**, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.2.1.1. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.2.1.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.2.1.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.2.1.5. As coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam.

2.2.2. IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença

2.2.2.1. Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento de uma indenização limitada ao capital máximo individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, decorrente de acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontre sob tratamento médico, caso este seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade, **exceto se**

decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições no Contrato.

2.2.2.2. O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora.

2.2.2.3. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.2.4. Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.3. PRD – Perda de Renda por Desemprego Involuntário

2.2.3.1. Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento de uma indenização limitada ao capital máximo individual contratado para esta cobertura, no caso de desemprego involuntário do segurado quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e no Contrato.

2.2.3.2. O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora.

2.2.3.3. Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

2.2.3.3.1. O segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo, conforme definido em contrato e descrito na proposta de adesão, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

2.2.4. RIH - Renda por Internação Hospitalar

Desde que contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação hospitalar em decorrência de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas e limitada ao capital máximo individual contratado para esta cobertura, em caso de internação para Tratamentos Clínicos ou Cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.4.1 O valor e a forma de pagamento da Indenização serão definidos no Contrato, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora

2.2.4.2. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente ou Doença coberta, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todas as coberturas:

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do 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) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias declaradas por órgão competente;
- i) envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.

3.2. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3. Incapacidade Física Total Temporária por Acidente e Doença (IFT)

Além dos riscos mencionados no item 3.1., estão expressamente excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente e Doença (IFT), os abaixo especificados:

- a) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus

sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;

- b) Hospitalização para “check-up”;
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia.
- j) Lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- k) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- m) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

3.4. Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD)

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1., estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD), os abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido em contrato.

3.5. Renda por Internação Hospitalar

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1., estão expressamente excluídos da cobertura de Renda por Internação Hospitalar às Hospitalizações resultantes, total ou parcialmente, dos seguintes fatos:

- a) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente;
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- d) Internação hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- e) Casos de Doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- f) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- g) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- h) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- i) Diálises, hemodiálises;
- j) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- k) inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- l) epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- m) envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;
- n) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura básica e as adicionais de, Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) e Renda por Internação Hospitalar estão sujeitas ao período de carência definido no Contrato.

4.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente.

4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

4.4. Não haverá carência para os casos de transferência do grupo segurado de outra para esta SEGURADORA, exclusivamente para os segurados que já participavam do grupo.

4.5. O prazo máximo de carência será de dois anos, não podendo exceder metade do prazo de vigência.

5. FRANQUIA

As coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) e Renda por Internação Hospitalar (DIH) estão sujeitas ao período de franquia definido no Contrato.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

O presente seguro cobre os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

7.1. A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.2. A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

7.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.3.1. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, será enviado comunicado ao Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência do seguro.

7.4. Início de Vigência

O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

7.5. Fim de vigência

O fim de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

8. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

8.1. O início e término de vigência de cada segurado serão definidos no Contrato.

8.2. O início e término da vigência individual do seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

8.3. O início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data definida na Proposta de Contratação ou a data do recebimento do prêmio pelo Estipulante, conforme determinado no Contrato.

8.3.1. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.4. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

8.5. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

8.6. 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.

9. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco pela Seguradora.

9.2. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de Seguros habilitado.

9.3. Poderão ser incluídos no presente seguro as pessoas físicas elegíveis conforme condições de aceitação prevista nas Condições Contratuais.

9.4. Na inclusão do segurado na apólice, o mesmo receberá certificado contendo informações que serão complementadas pelo extrato mensal do cartão como: O Número do Certificado do Seguro; Valor do Capital Segurado; Início de vigência; Número de meses de vigência.; Dia do mês em que termina a vigência.

9.5. Este seguro abrange somente os componentes do grupo segurável que tenham facultativamente, aderido ao seguro.

9.6. A inclusão será mediante Proposta de Adesão preenchida de próprio punho e assinada pelo proponente ou responsável legal, concomitante com a autorização do Titular do Cartão Private Label ou bandeirado para débito do Prêmio Individual na fatura do cartão em comento, desde que todos os documentos sejam entregues nas lojas do Estipulante, que ficará responsável pelo o envio à Seguradora.

9.6.1. Na proposta constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

9.7. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento

da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

9.7.1. Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

9.7.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 9.7.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 9.7 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

9.8. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzindo da parcela “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice IPCA-IBGE**, conforme legislação vigente.

9.8.1. Nos Contratos de Seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.

9.9. 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.

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

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

9.11. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O Estipulante será sempre o primeiro Beneficiário do seguro.

Os Beneficiários para recebimento do capital Segurado remanescente (se houver), serão indicados pelo Segurado no ato da sua inclusão ao seguro.

10.1.1. Indicação para recebimento do capital segurado remanescente (se houver).

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

10.1.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar sua indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora, sendo que o primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante.

10.1.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

10.1.3. Não havendo Beneficiários indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado Remanescente (se houver) será pago na forma da Lei.

No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Renda por Internação Hospitalar (DIH), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário (para recebimento do capital remanescente, se houver) será sempre o próprio Segurado Principal.

11. CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato, podendo ser:

11.1. Valor da Dívida

Será considerado para indenização em caso de sinistro o valor total da dívida assumida pelo segurado principal, informada pelo estipulante a seguradora, **sendo limitado ao capital máximo estabelecido no Contrato.**

11.2. Valor do Saldo Devedor

Será considerado para indenização em caso de sinistro o valor do saldo devedor da dívida assumida do segurado principal, junto ao estipulante, e informada pelo estipulante a seguradora, sendo limitado ao capital máximo estabelecido no Contrato.

Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigente na data do evento.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Coberturas Básica, a data do falecimento;
- b) na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a data do acidente;
- c) na Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), a data do acidente ou do diagnóstico da doença geradora da incapacidade;
- d) na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD), a data da baixa do contrato de trabalho do segurado;
- e) na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (DIH), a data da internação hospitalar.

11.3. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob forma de parcela única.

12. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência e a cada renovação subsequente ao Contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do seguro individual **do segurado**;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

13. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro é totalmente contributivo, ou seja, os Segurados individuais pagam pelo seguro o respectivo Prêmio Individual na sua totalidade.

14. PRÊMIO

14.1. O Prêmio do seguro será pago mensalmente à Seguradora pelo Segurado conforme estabelecido em contrato.

14.2. Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

14.2.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

14.2.2. A data-limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

14.3. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

14.4. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.5. Caso o Estipulante tenha recebido os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

14.6. **Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.**

14.7. **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.**

14.8. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.9. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE

A falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio total mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio total conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

14.9.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,116667% ao dia, a título de juros de mora.

14.10. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE

O não pagamento na data de vencimento da parcela do prêmio total subsequente ao atraso descrito no item 14.9. acarretará no cancelamento automático do seguro.

14.11. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

14.11.1. Caso o segurado não efetue o pagamento do prêmio mensal do seguro individual em seu vencimento, o Estipulante financiará o pagamento da parcela do seguro em atraso, conforme anuência prévia e expressa do segurado, desde que não haja vencimentos anteriores em aberto, garantindo assim as coberturas do seguro.

14.11.2. Se o segurado não efetuar o pagamento do prêmio mensal do seguro, subsequente a parcela financiada pelo Estipulante, ainda sim será concedido um prazo de tolerância de 50 (cinquenta) dias, a partir do vencimento, mantendo os segurados ou seus beneficiários o direito ao recebimento de qualquer indenização decorrente de sinistro coberto ocorrido durante o período de tolerância.

14.12. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

14.12.1. O não pagamento da parcela de prêmio individual dentro do prazo de tolerância do item 14.11. acima, acarretará no cancelamento automático do seguro.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

15.1. Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IGPM/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor

espaço de tempo que a lei vier a permitir.

15.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, e-mail, carta ou qualquer meio disponível no momento.

16.1. Em seguida, deverá ser encaminhada uma **a documentação relacionada adiante, junto com o formulário Aviso de Sinistro**, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

16.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação constantes no subitem **16.3** destas condições.

16.2.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem **16.2** será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

16.2.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos subitens **16.2** e **16.2.1**, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

16.2.3. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16.2.4. A solicitação de documentos e demais providências ou atos que a Seguradora venha praticar após o sinistro não importam por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

16.3. Documentação para regulação de Sinistros.

16.3.1. Para todas as Coberturas:

a) Aviso de Sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;

- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

16.3.2. Para a Cobertura de Morte – Básica:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Seguro em que ocorreu o evento
c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se pro qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

16.3.3. Para a Cobertura de Morte Acidental:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo segurado e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de convívio marital informando o período de convivência;
c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;

- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

16.3.4. Para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Coprpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

16.3.5. Para a Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.
- c) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

II) Cópia Autenticada

- a) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

III) Documento Original

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o

condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada:

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

16.3.6. Para a Cobertura de Perda de Renda por Desemprego:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.

II) Cópia Autenticada

- a) Carteira Profissional envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;
- b) Termo de Rescisão Contratual com a devida homologação.

III) Documento Original

- a) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão.

16.3.7. Para a Cobertura de Renda por Internação Hospitalar:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Prontuário Médico completo;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames complementares comprovando os diagnósticos.

II) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica.

Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo;
- d) Exame de Corpo Delito (IML);
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

16.4. Junta Médica

16.4.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 16 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

16.4.1.1.1. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 16 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

16.5. Perícia da Seguradora

16.5.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

16.5.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

16.5.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

17. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) **com a liquidação da dívida garantida pelo seguro;**

- b) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- c) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado Principal;
- d) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- f) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- g) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;
- h) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou estipulante, seu representante ou seu corretor de seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

- 18.1.** por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado, se resultar ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- 18.2.** pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais e no tocante ao pagamento de prêmios, conforme estabelecido em contrato.
- 18.3.** se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.
- 18.4.** quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;

- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

19.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

19.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 19.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- VII - comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e,
- XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

21. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

21.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

21.2. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora .

21.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever ou a redução de direitos para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

21.3.1 A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou do seu representante.

21.4. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

22. 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 condições contratuais e as normas do seguro.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

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.

23.1. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

24. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

25. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

26. CONCEITOS

26.1. Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

26.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

26.1.2. Exclui-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 consequentes 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 micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares 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, definido no subitem 25.1, acima..

26.2. Apólice Mestra

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

26.3. Beneficiários

Neste seguro o 1º Beneficiário será o Estipulante até o valor do saldo devedor da dívida conforme item 10 das presentes condições, os demais beneficiários serão pessoas designadas pelo Segurado para receber o capital remanescente (se houver) entre o capital segurado e o saldo devedor da dívida, na hipótese de seu falecimento devidamente coberto.

26.4. Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

26.5. Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do seguro individual, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais.

26.6. Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

26.7. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

26.8. Cláusula de Contratação do Seguro

É a cláusula integrante do Contrato de Empréstimo na qual o proponente formaliza seu pedido e autorização para inclusão no Seguro.

26.9. Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

26.10. Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

26.11. Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

26.12. Corretor de Seguros

É o intermediário indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

26.13. Doenças, lesões e acidentes pré-existent

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento e não tenha sido declarado na Proposta de Adesão.

26.14. Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

26.15. Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

26.16. Franquia

É o período de tempo em cada evento gerador, contado a partir da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há garantia pelo seguro, suportando o segurado as consequências do evento gerador.

26.17. Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

26.18. Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e no Contrato.

26.19. Hospital

Designa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

26.20. Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

26.21. Internação Hospitalar

É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.

26.22. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

26.23. Prêmio

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

26.24. Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

26.25. Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, após preenchido, assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro.

26.26. Proposta de Contratação

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

26.27. Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período

26.28. Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

26.29. Seguradora

É a sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

26.30. Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

26.31. Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

26.32. Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exijam internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.