

SEGURO PRESTAMISTA

Processo Administrativo SUSEP 15414.002638/2006-94

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.1. As coberturas deste Seguro são:

- Morte;
- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;
- PRD – Perda de Renda por Desemprego Involuntário;
- IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. Básica

2.1.1. CB – Cobertura Básica - Morte

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado 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 no Contrato.**

2.2. ADICIONAIS

2.2.1. IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **Total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 0, 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 contratação, **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. As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.2. PRD – Perda de Renda por Desemprego Involuntário

2.2.2.1. Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado 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.

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

2.2.2.2.1. 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.

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

2.2.3.1. Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado 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 Gerais.

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. 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.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para os segurados principais e dependentes:

3.1. 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) as 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;**
- f) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.**
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias;**
- h) 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. Além dos riscos mencionados no item 0, estão expressamente excluídos da cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3. Além dos riscos mencionados nos itens acima, 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, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas conseqüentes;**
- 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 conseqüências 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, cerviobraquialgias 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 conseqüências;**
- m) Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.**

3.4. Além dos riscos mencionados nos itens acima, 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.**

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura básica e as adicionais de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRD) e Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) 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.

5. FRANQUIA

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

O presente seguro cobre os eventos 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 item 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.

7.4. Início de Vigência

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

8. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

8.1. O início e término de vigência de cada segurado será definido 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. 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 à análise do risco pela Seguradora.

9.2. Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

9.3. Poderão ser incluídas no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

9.4. A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato:

9.4.1. Automática: nos seguros não Contributários (item 0), quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

9.4.2. Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.

9.5. A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde e atividade profissional.

9.5.1. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente.

9.6. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

9.6.1. 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.

9.6.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 9.6.1 o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 9.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

9.7. 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 recusa, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPCA-IBGE com base na última publicação oficial, conforme legislação vigente.

9.8. 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.

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

9.8.2. 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.

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

11. CAPITAIS SEGURADOS

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

11.1. 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.

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

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

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

12. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência será entregue um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

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

13. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

13.1. Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do segurado.

13.2. Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

14. PRÊMIO

14.1. A forma de cálculo, forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estipulado no 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. Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

14.6. Nos seguros Contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante 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

14.7. Quando a forma de cobrança do prêmio for à de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do segurado principal.

14.8. 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.

14.9. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.9.1. Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no

prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

14.9.1.1. A parcela vencida mencionada no item anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

14.9.1.2. Quando suspensa a cobertura do seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

14.9.2. Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio 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.

14.9.2.1. O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

14.9.2.2. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,0492% ao dia, a título de juros de mora.

14.9.2.3. Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no item 14.9.2.1, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

14.9.2.4. A parcela do prêmio não paga após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

14.10. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.10.1. Vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura
O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e cientificado de que o não

pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

14.10.1.1. Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

14.10.2. Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura

O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

14.10.2.1. Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

O valor do capital segurado e dos prêmios será corrigido de acordo com a variação do empréstimo, que será definido no contrato.

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

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

16.1. Em seguida, deverá ser encaminhada uma **cópia autenticada da 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 item 16.3.

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 item 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 itens 16.2 e 16.2.1, a Seguradora pagará multa de 2,0% 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, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

16.3. Documentos para Regulação dos Sinistros

16.3.1. Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Correspondência do estipulante comprovando o valor atualizado do Saldo Devedor na data do Óbito;
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Cédula de Identidade e CPF do Segurado e do beneficiário;
- e) Certidão de Óbito;
- f) Documentos que comprovem a condição de beneficiários;
- g) Certidão de Nascimento, ou Certidão de Casamento atualizada, do segurado;
- h) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito se houver;
- i) Laudo cadavérico, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na certidão de óbito;

16.3.2. Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Certidão de Casamento atualizada, do segurado;
- h) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;

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

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade e C.P.F. do Segurado;
- d) Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;

- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) 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);
- g) Relatório médico com firma reconhecida, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

16.3.4. Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Cédula de Identidade e C.P.F. do Segurado;
- c) Carteira Profissional envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;
- d) Termo de Rescisão Contratual;
- e) Homologação do contrato de trabalho no TRT ou Sindicato (cópia autenticada frente e verso);
- f) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão;
- g) Cópia autenticada da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego.

16.4. Junta Médica

16.4.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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.

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

16.4.2. Perícia da Seguradora

16.4.2.1. 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.

16.4.2.2. 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.

16.4.2.3. 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

17.1. 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 no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

17.2. Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge;
- b) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- c) a pedido do Segurado Principal;
- d) com a inclusão do Dependente do Seguro na condição de Segurado Principal.

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;

18.2. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 0.

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 conseqüências.
- 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.

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

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 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, se houver, 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. efetuar o pagamento ou 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, 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.

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

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

21.2. 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

23.1. 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.

23.2. 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. 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.

26.2. Beneficiários

Será o Estipulante até o valor do saldo devedor.

Para o **capital remanescente (se houver)**, serão as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário, para pagamento do capital remanescente, será o próprio Segurado Principal.

26.3. 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.

26.4. Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data 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. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

26.5. Carregamento

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

26.6. Certificado de Seguro

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

26.7. 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.

26.8. 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.

26.9. 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.

26.10. 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.

26.11. Doenças, lesões e acidentes Pré-Existentes

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 declarada na Proposta de Adesão.

26.12. 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.

26.13. 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.

26.14. Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

26.15. Grupo Segurado

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

26.16. 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.

26.17. Indenização

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

26.18. 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 consangüíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

26.19. Prêmio

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

26.20. 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

26.21. Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, preenchido assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro. Poderá a SEGURADORA, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do seguro.

26.22. Proposta de Seguro

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 no Contrato. Na Proposta de Seguro deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

26.23. 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.

26.24. Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

26.24.1. Segurados Principais - São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

26.24.2. Segurados Dependentes - São o cônjuge ou a(o) companheira(o) do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

26.25. Seguradora

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

26.26. Sinistro

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

CAPITALIZAÇÃO

Processo Adm. Susep 15414.003573/2006-02

CONDIÇÕES GERAIS

1. SUBSCRIÇÃO DO TÍTULO

1.1. A Tokio Marine Seguradora S/A subscreverá um Título de Capitalização, observadas as seguintes condições:

1.1.1. A Seguradora doará ao Segurado o valor de sorteio, caso o título venha a ser contemplado.

1.1.2. Tal doação só ocorrerá se o valor do prêmio do seguro estiver sendo regularmente pago pelo Segurado ao Estipulante.

1.1.3. Caberá unicamente a Tokio Marine Seguradora S/A arcar com o pagamento das mensalidades do título, bem como proceder ao seu resgate.

2. CARACTERÍSTICAS

2.1. Os títulos serão ordenados em série de 100.000 (cem mil) unidades e numerados seqüencialmente de 00.000 a 99.999.

2.2. Para cada título serão atribuídos, aleatoriamente, 1 (um) número de 5 (cinco) dígitos, compreendido entre 00.000 a 99.999 que será utilizado para concorrer aos sorteios.

2.3. Os títulos concorrerão, mensalmente, a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), sendo R\$ 7.000,00 (sete mil reais) para o segurado e R\$ 3.000,00 (três mil reais) para a loja angariadora, brutos de IR, sorteados com base na extração da Loteria Federal de sábado.

2.4. Para fins de premiação, será contemplado o Título que possuir um dos números de sorteio coincidentes com o número formado com o algarismo da unidade simples do primeiro ao quinto prêmio da Extração da Loteria Federal do Brasil do último sábado, lidos verticalmente nessa ordem, conforme a seguinte demonstração:

Caso os números da Extração da Loteria Federal do Brasil forem:

1º prêmio: 5 2 5 6 5

2º prêmio: 3 7 5 2 0

3º prêmio: 2 6 8 4 4

4º prêmio: 1 5 0 7 6

5º prêmio: 4 5 6 8 7

O número contemplado é: **50.467**

2.5. Caso não ocorra a Extração da Loteria Federal do Brasil em uma das datas previstas, para efeito de apuração substitutiva, será considerado o número apurado com base na próxima extração da Loteria Federal da quarta-feira que venha a ser realizada, prevalecendo os demais critérios de apuração dos títulos sorteados descritos no item anterior.

2.6. Havendo o cancelamento do seguro, a inadimplência ou ainda, o descumprimento do contrato, conforme Condições Gerais, a Tokio Marine Seguradora S/A não doará ao Segurado o direito ao sorteio.