



CONDIÇÕES GERAIS

PROTEÇÃO

FINANCEIRA



PRESTAMISTA - CAPITAL SEGURADO VARIÁVEL (REPRESENTANTE)

Processo SUSEP Nº: 15414.902256/2019-87

Versão 04|2023



**BNP PARIBAS
CARDIF**

A seguradora
para um mundo
em mudança

BEM-VINDO(A)



Olá,

Que alegria ter você como nosso cliente!

Antes de tudo: **parabéns por sua iniciativa em contratar o seguro Prestamista**. Isso é ser parte da construção de um futuro melhor, para você e para as próximas gerações, afinal, o seguro é um investimento; a garantia de proteção em momentos adversos. **E obrigada por ter escolhido a BNP Paribas Cardif para proporcionar esta segurança!**

Neste documento, você encontra todas as regras de contratação e utilização do produto. Por isso, a leitura é essencial.

Em caso de dúvidas em relação ao seguro contratado, fale conosco clicando [aqui](#) ou acesse <https://bnpparibascardif.com.br/>, clique em "Fale Conosco" no menu inicial, depois em "Envie um e-mail" e preencha o formulário com a sua mensagem.

ÍNDICE

1. OBJETIVO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS	5
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. CARÊNCIA E FRAQNUIA	13
6. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS	13
7. CONTRATAÇÃO	14
8. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	14
9. CAPITAL SEGURADO	14
10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	15
11. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS	15
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	16
13. PRÊMIO DE SEGURO	16
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO	16
15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	17
16. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	18
17. RESCISÃO CONTRATUAL	18
18. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	19
19. PAGAMENTO DE SINISTROS	20
20. PERDA DE DIREITOS	21
21. BENEFICIÁRIOS	22
22. PRAZO DE PRESCRIÇÃO	22
23. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	22
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	22
25. FORO	22
26. DISPOSIÇÕES GERAIS	22

1. OBJETIVO

- 1.1. Este Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, a obrigação assumida pelo Devedor, no caso de ocorrência de Sinistro coberto, indicados no Bilhete de Seguro e nas Condições Contratuais até o limite do Capital Segurado coberto e que esteja de acordo com as disposições estabelecidas nas presentes Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal;

- 2.2. **Beneficiário** é a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados contratados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto pelo seguro. No seguro prestamista, o primeiro beneficiário é o credor da obrigação, a quem deverá ser paga a indenização no valor a que este tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado. A diferença entre a parcela devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado ou a seus herdeiros legais, conforme disposto nestas condições gerais.

- 2.3. **Bilhete de Seguro** é o documento emitido destinado ao segurado, emitido pela seguradora, que substitui a apólice de Seguro, tendo o mesmo valor jurídico da apólice e que dispensa o preenchimento da proposta de Seguro.

- 2.4. **Capital Segurado** é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou

reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro coberto pelo Bilhete de Seguro, vigente na data do evento, sendo o Capital Segurado, utilizado para estas Condições Gerais, Capital Segurado Variável, tendo a sua definição descrita abaixo.

- 2.5. **Capital segurado variável** é a modalidade em que o capital segurado contratado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante durante a vigência do seguro, tal como, mas não se limitando a, fatura de cartão de crédito e dívida de cheque especial.

- 2.6. **Carência** é o período ininterrupto de dias, contado a partir do início de vigência de um seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o Segurado não terá direito ao seguro e ao recebimento do capital segurado contratado.

- 2.7. **Condições Contratuais** é o conjunto de condições que regem a contratação, inclui as Condições Gerais, o Contrato de Seguro e o Bilhete de Seguro.

- 2.8. **Condições Gerais** é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

- 2.9. **Contrato de Seguro** é o contrato firmado entre o representante de seguro e a seguradora.

- 2.10. **Corretor de Seguros** é a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de seguros entre o Segurado e a Seguradora.

- 2.11. **Credor** é aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

- 2.12. **Doença** é o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.

- 2.13. **Devedor** é aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 2.14. **Evento Coberto** é o acontecimento futuro e incerto ocorrido durante a vigência do seguro e passível de ser indenizado de acordo com a a(s) cobertura(s) contratada(s).
- 2.15. **Fatura** é o documento onde está registrado o valor e o prazo de quitação de uma determinada obrigação adquirida pela pessoa física em relação ao Representante.
- 2.16. **Franquia** é o período ininterrupto de dias, contado da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual não há cobertura do seguro.
- 2.17. **Indenização** é o valor que a Seguradora efetivamente paga ao credor da obrigação ou ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- 2.18. **Obrigação** é o produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre o credor e o devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- 2.20. **Prêmio** é o preço do seguro, ou seja, a importância paga pelo segurado à Seguradora em contraprestação à(s) cobertura(s) contratada(s) e informado no bilhete de seguro.
- 2.21. **Representante de Seguro** é pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contrato de seguro à conta e em nome da sociedade seguradora.
- 2.22. **Riscos Excluídos** são os eventos ou acontecimentos previstos nas Condições Gerais e cobertura(s) contratada(s), que não são cobertos por este Seguro.
- 2.23. **Rescisão do Contrato de Trabalho:** Encerramento de contrato de trabalho de empregados celetistas.
- 2.24. **Rescisão do Contrato de Trabalho a Pedido:** Rompimento do contrato de trabalho por iniciativa do empregado, sem qualquer motivo que caracterize a justa causa para a demissão.
- 2.25. **Rescisão do Contrato de Trabalho por Justa Causa:** Trabalhador que tem seu contrato de trabalho encerrado por iniciativa do estabelecimento empregador, a partir de algum fato comprovadamente provocado pelo empregado que motive sua dispensa.
- 2.26. **Rescisão do Contrato de Trabalho por Morte:** Trabalhador desligado do estabelecimento por falecimento.
- 2.27. **Segurado** é a pessoa física que contrata o seguro, estando exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas e indicadas no bilhete de Seguro, nos termos destas Condições Gerais.
- 2.28. **Seguradora** é a Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A., Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais.
- 2.29. **Sinistro** é a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- 2.30. **Vigência** é o período pelo qual o seguro é contratado, desde que os prêmios sejam pagos regularmente até o seu vencimento.

3. COBERTURAS

As coberturas do Seguro dividem-se em:

3.1. COBERTURA BÁSICA DE MORTE

- 3.1.1. Objetivo: Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado Variável contratado, em caso de morte natural ou acidental do Segurado, durante a Vigência do Seguro, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais, sendo a forma de

pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

3.1.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro, e desde que se enquadrem nas regras estabelecidas no Contrato de Seguro.

3.2. COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

3.2.1. Objetivo: Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado Variável contratado, em caso de morte do Segurado, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal devidamente coberto, durante a Vigência do Seguro, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais, sendo a forma de pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

3.2.2. **Elegibilidade:** São elegíveis para a cobertura de Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Representante de Seguros, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro, e desde que se enquadrem nas regras estabelecidas no Contrato de Seguro.

3.3. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.3.1. Objetivo: Garante o pagamento do Capital Segurado Variável contratado ao Beneficiário, caso o Segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a Vigência do Seguro, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais, sendo a forma

de pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

3.3.2. Para fins deste Seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral.

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

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

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

3.3.5. Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.3.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao

Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

3.3.7. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado de Invalidez Total por Acidente, o Contrato de Seguro será extinto. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3.3.7.1. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro, sem qualquer devolução de Prêmios.

3.3.8. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Representante de Seguros, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, que se encontre em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro, e desde que se enquadrem nas regras estabelecidas no Contrato de Seguro.

3.4. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

3.4.1. Objetivo: Garante o pagamento do Capital Segurado Variável contratado ao Beneficiário, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, caracterizando a perda da existência independente do Segurado, durante a Vigência do Seguro, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais, sendo a forma de pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

3.4.2. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de Doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do Segurado.

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de Doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou

- sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de Doença:
- g1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- g2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- g3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- g4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de Doença, a seguir relacionados:
- i1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- i2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- i3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.4.4. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do Segurado, decorrente de Doença, a Seguradora pagará uma Indenização.
- 3.4.5. A Invalidez Funcional Permanente Total causada por Doença deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de Doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 4.4.2.
- 3.4.6. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Funcional Permanente Total causada por Doença.
- 3.4.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 3.4.8. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da Incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de Incapacidade parcial.
- 3.4.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 3.4.10. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar,

visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da Obrigação de pagamento do Capital Segurado.

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

3.4.11.1. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro, sem qualquer devolução de Prêmios.

3.4.12. Caso reconhecida a invalidez funcional, pela Seguradora, a Indenização será paga conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

3.4.13. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Representante de Seguros, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro, e desde que se enquadrem nas regras estabelecidas no Contrato de Seguro.

3.5. COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

3.5.1. Objetivo: Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado Variável contratado, em caso de Desemprego Involuntário, durante a

Vigência do Seguro, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais, sendo a forma de pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

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

3.5.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Representante de Seguros, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais, e desde que se enquadrem nas regras estabelecidas no Contrato de Seguro.

3.6. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA

3.6.1. Objetivo: Garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado Variável contratado, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária, durante a Vigência do Seguro, excetuando-se os Riscos Excluídos previstos nas Condições Contratuais, sendo a forma de pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

3.6.2. Incapacidade Física Total e Temporária: Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado Contratado, em decorrência de acidente ou Doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por

um período determinado, superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e o Capital Segurado definidos no Bilhete de Seguro.

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

3.6.4. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 21, "Procedimento em Caso de Sinistro", destas Condições Gerais, que possuam vínculo com o Representante de Seguros, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do Seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do Seguro, que se enquadrem nas regras estabelecidos no Contrato de Seguro. Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, onde o Segurado tenha sido indenizado, somente após 6 (seis) meses, a contar da data do término da Incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à Indenização de um novo evento, desde que o novo evento não seja decorrente de Doença ou acidente do evento anterior, de Incapacidade Física Temporária.

3.7. Conjunção de Coberturas

3.7.1. As coberturas adicionais (Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária) não poderão ser contratadas isoladamente, sendo necessária a contratação da cobertura básica de Morte ou da cobertura básica de Morte Acidental em conjunto com qual quer uma das coberturas adicionais.

3.7.2. A Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente total por Doença somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.7.3. A Cobertura Básica de Morte, Cobertura Básica de Morte Acidental, Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente e a Cobertura Adicional invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumulam.

3.7.4. No caso da ocorrência de Sinistro da Cobertura Básica de Morte, da Cobertura Básica de Morte Acidental ou para as Coberturas Adicionais de Invalidez Permanente, ocorrerá automaticamente à cessação do Bilhete de Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas presentes nessas condições gerais, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Atos de hostilidade ou de guerra declarada ou não, de treinamento militar, operações bélicas, de revoltas populares, greves, comoção social, tumultos, arruaças, lock-out, sabotagem vandalismo, terrorismo, sedição, rebelião, insurreição, revolução, motim, confisco, nacionalização, destruição ou requisição decorrentes de qualquer ato de autoridade de fato ou de direito, civil ou militar, e, em geral, todo ou qualquer ato ou consequência dessas ocorrências, bem

- como atos praticados por qualquer organização cujas atividades visem a derrubar pela força o governo ou instigar a sua queda, pela perturbação de ordem política e social do país, por meio de guerra revolucionária, subversão e guerrilhas, e, ainda, atos terroristas, cabendo à Seguradora, neste caso, comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito e desde que tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) Danos materiais, corporais e morais causados a terceiros em qualquer situação;
- e) Atos ilícitos ou doloso ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) Segurado (s) Beneficiário (s) ou pelo representante de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus Beneficiários e respectivas pessoas ligadas ao Representante de Seguros;
- f) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de Vigência do Bilhete de Seguro.
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- i) De ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- j) Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- k) Participação do Segurado em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios.

- l) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à adesão do Segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas no momento da adesão.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão excluídos da Cobertura de Morte os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Viagens em aeronaves ou embarcações:
- Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando o serviço militar;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

4.3. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão excluídos da Cobertura Básica de Morte Acidental os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Consequências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos.
- b) Viagens em aeronaves ou embarcações:
- Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando o serviço militar;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

4.4. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- b) Parto ou aborto, e suas consequências salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;

- c) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- d) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos médicos, clínicos e/ou cirúrgicos, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto.
- 4.5. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que resultando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:
- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal;
- c) A Doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- d) A Doença cuja causa possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;
- 4.6. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão excluídos da cobertura de Desemprego Involuntário os abaixo especificados:
- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;
- g) Falência;
- h) Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados;
- k) Rescisão de contrato de trabalho por comum acordo, quando ocorre o acordo entre empregador e empregado para a extinção do contrato de trabalho;
- l) Perda de vínculo empregatício do Segurado, nos casos de nova solicitação de Indenização, quando o empregador atual for o mesmo empregador da ocorrência anterior (em caso de demissão e reconstrução e futura demissão por um mesmo empregador);
- m) Desemprego ocorrido dentro do período de Carência estabelecido no Contrato de Seguro;
- n) Perda de vínculo empregatício do Segurados, quando houver mais de um vínculo empregatício do Segurado no mesmo período;
- o) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- p) As rescisões do contrato de trabalho decorrentes do encerramento do Contrato de Trabalho por Prazo Determinado;
- 4.7. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:
- a) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;

- b) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- d) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- e) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f) Distúrbios e/ou Doenças psiquiátricas, exceto eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas; Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo Bilhete de Seguro vigente;
- g) Os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular;
- h) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
- i) A hospitalização para "check-up", gravidez e suas consequências;
- j) Os tratamentos dentários ou as intervenções médico-bucal por razões reparadoras, salvo quando consequentes de acidentes;
- k) Os tratamentos fisioterápicos, exceto decorrente de Doenças neurológicas;
- l) Cirurgias plásticas exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por Acidente Pessoal ocorrido após a inclusão do Segurado no Bilhete de Seguro;
- m) Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- n) Tratamentos para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle de natalidade;
- o) Trabalhador cuja relação de emprego é regida pela CLT.
- p) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- q) Ceratonomia (cirurgia para correção de miopia)
- r) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 5.1. Quando houver, a carência e a franquia serão estabelecidas no bilhete de seguro.
- 5.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão ao seguro.
- 5.3. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência correspondente aos dias de carência.
- 5.4. A franquia será contada a partir da data de ocorrência do evento coberto.

6. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS

- 6.1. A Seguradora se reserva ao direito de estipular um intervalo entre ocorrências de Sinistro, para que em caso da ocorrência de um novo Evento Coberto, o Segurado fique elegível a solicitar o pagamento de uma nova Indenização, apenas após o prazo determinado no Contrato de Seguro, desde que o novo evento não seja decorrente de Doença ou acidente do evento anterior.
- 6.2. Quando houver, será determinado no Contrato de Seguro e será estipulado considerando os seguintes períodos para cada cobertura:
- Para coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente e Invalidez Permanente Total por Doença, não haverá intervalo entre ocorrências.
 - Para cobertura de Desemprego Involuntário, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

- Para cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias.

7. CONTRATAÇÃO

- 7.1. A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.
- 7.1.1. Na existência da devolução do Prêmio para do período a decorrer, o valor a ser devolvido seguirá as diretrizes do item 20 destas Condições Gerais.
- 7.2. Este seguro é contratado por meio de emissão de Bilhete de Seguro, que poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à Seguradora.
- 7.3. É vedada a oferta do Seguro como condicionante para fornecimento, por terceiro, de produto, crédito ou serviço.
- 7.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

8. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

- 8.1. O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Seguro.
- 8.2. Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.
- 8.3. O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 8.4. A sociedade Seguradora, ou seus representantes de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso,

fornecerão ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

- 8.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. A modalidade do Capital Segurado prevista nestas Condições Gerais será a de Capital Segurado Variável, ou seja, o capital segurado será atrelado à obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da Vigência do Seguro, tal como, mas não se limitando a, fatura de cartão de crédito e dívida de cheque especial.
- 9.2. O valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro coberto pelo Bilhete de Seguro, vigente na data do evento, estará descrito no mesmo Bilhete de Seguro.
- 9.3. O Capital Segurado será pago de forma única ou parcelada, até o limite estabelecido no Bilhete de Seguro.
- 9.4. De acordo com o Contrato, o Capital Segurado poderá ser:
- a) Saldo da Dívida: O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do Sinistro;
 - b) Soma das Parcelas/Faturas a vencer: O Capital Segurado será obtido pela somatória das parcelas/faturas a vencer no momento da ocorrência do Sinistro, limitado ao valor estabelecido no Bilhete de Seguro;
 - c) Quitação Parcial ou Total das Parcelas/Faturas: O Capital Segurado no momento da ocorrência do Sinistro será o valor da parcela/fatura devida, limitado ao valor e quantidade de parcelas/faturas contratadas, desde que o Segurado permaneça na condição de sinistrado, de acordo com o estabelecido nestas Condições Gerais e no Bilhete de Seguro. A quitação parcial das parcelas/faturas ocorrerá

quando o valor do Capital Segurado contratado for inferior ao valor da parcela/fatura devida.

9.5. Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do Sinistro será:

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

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

10. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. Não há reintegração para as garantias de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.

10.2. Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do Capital Segurado será automática.

11. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS

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

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

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

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

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

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

11.6. Para os Segurados com idade superior ao limite estabelecido nas Condições Gerais e/ou Contrato de Seguro, não será permitido o aumento do capital contratado, prevalecendo apenas a atualização automática.

11.7. Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:

11.7.1. Do Capital Segurado, uma vez que está proporcional ao saldo devedor, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do Sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo Segurado junto ao representante.

- i. Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, que o capital segurado pode flutuar durante a vigência do crédito.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 12.1. Este Seguro é por prazo determinado tendo a sociedade Seguradora a faculdade de não renovar o Contrato de Seguro na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos do Bilhete de Seguro.
- 12.2. A Vigência do Seguro corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado.
- 12.3. O início e término de Vigência do risco individual serão às 24 horas, das datas estabelecidas no Bilhete de Seguro.
- 12.4. Não está prevista renovação automática do Bilhete de Seguro, portanto, caso o segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições, este deverá contratar um novo seguro.
- 12.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência do Bilhete de Seguro.
- 12.6. Caso o Credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à Obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, e:
 - 12.6.1. Se houver redução do prazo original, o Seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio correspondente ao período remanescente.
 - 12.6.2. Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora poderá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da Vigência do Seguro.
- 12.7. A Seguradora se reserva no direito de recalculer o Prêmio com base nas novas premissas compartilhadas pelo Representante de Seguros.

13. PRÊMIO DE SEGURO

- 13.1. O Prêmio de Seguro será determinado no Bilhete de Seguro.
- 13.2. O Capital Segurado será recalculado com base na data de ocorrência do Sinistro, para estabelecer o montante a ser pago ao Beneficiário, de acordo com o valor do Saldo Devedor.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

- 14.1. O Prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido no Bilhete de Seguro.
 - 14.1.1. A data limite para pagamento do Prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.
 - 14.1.2. Quando a data limite para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.
- 14.2. É garantido ao segurado, em caso de fracionamento do prêmio, quando couber a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros.
- 14.3. Qualquer Indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio houver sido realizado pelo Segurado ou Representante de Seguro, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 14.4. O prêmio pago ao Representante de Seguro considera-se feito à Seguradora.
- 14.5. Caso o Sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do Prêmio, o direito à Indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

- 14.6. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do Seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 14.7. Ocorrendo a falta de pagamento do Prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Representante de Seguro retomar o pagamento do Prêmio. Os Sinistros ocorridos no Período de Cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os Sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.
- 14.7.1. No caso de Seguros com cobrança de Prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.
- 14.7.2. Não será cobrada qualquer parcela de Prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do Seguro.
- 14.7.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de Carências, conforme definido no Contrato do Seguro.
- 14.7.4. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o Seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do Prêmio já paga.
- 14.8. No caso de fracionamento do Prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de Vigência da cobertura será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto constante no subitem 20.1.2.
- 14.8.1. Para os percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 14.9. A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de Vigência ajustado.
- 14.10. O Prêmio fracionado deve ser pago em parcelas mensais e sucessivas.
- 14.11. Restabelecido o pagamento do Prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de Vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original do Bilhete de Seguro.
- 14.12. Não havendo restabelecimento do pagamento do Prêmio, após o fim do prazo de Vigência ajustado, a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do Prêmio. Os Sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.
- 14.13. Por característica da estrutura do plano de Seguro, não haverá devolução ou resgate de Prêmios de Seguro ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Representante de Seguros.

15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 15.1. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa:
- 15.1.1. Automaticamente, quando do término do período de Vigência do Bilhete de Seguro.
- 15.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Representante de Seguros;

- 15.1.3. Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão do Bilhete de Seguro;
- 15.1.4. Quando o Prêmio não for pago, conforme o que dispuser o item 19.5.
- 15.1.5. Conforme o disposto no subitem 4.7.4.
- 15.1.6. Na hipótese do Segurado, seus representantes legais ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua Vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a sociedade Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

- 16.1.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do Bilhete de Seguro se darão sob as determinações do subitem 17.7 destas Condições Gerais.
- 16.1.2. Os Bilhetes de Seguro não poderão ser cancelados durante a Vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 16.1.3. Em caso de extinção antecipada da Obrigação, o Seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.
- 16.1.4. É facultado ao Segurado cancelar o Seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da Obrigação.
- 16.1.5. Caso o Segurado esteja inadimplente, a Seguradora poderá cancelar automaticamente o Bilhete de Seguro, sendo a Vigência da cobertura ajustada conforme disposto o subitem 17.8, levando em consideração o Prêmio efetivamente pago.

17. RESCISÃO CONTRATUAL

- 17.1.1. O Seguro poderá ser rescindido, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, observadas as seguintes disposições:
 - 17.1.1.1. A sociedade Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
 - 17.1.1.2. Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado Pro-Rata Temporis ou de acordo com a Tabela de Prazo Curto abaixo, sendo de responsabilidade da Seguradora a definição do método a ser aplicado, desde que definido anteriormente a contratação do Seguro pelo Segurado e devidamente descrito no Bilhete de Seguro. O Prêmio a ser retido será calculado em função do tempo de Vigência original transcorrido até a rescisão contratual.

Percentual a ser aplicada sobre a vigência original	% do Prêmio
4,11%	13
8,22%	20
12,33%	27
16,44%	30
20,55%	37
24,66%	40
28,77%	46
32,88%	50
36,99%	56
41,10%	60
45,21%	66
49,32%	70
53,42%	73
57,53%	75
61,64%	78
65,75%	80
69,86%	83
73,97%	85
78,08%	88
82,19%	90

86,30%	93
90,41%	95
94,52%	98
100,00%	100

17.1.1.3. Para prazos de Vigência que se encontram entre os percentuais descritos na tabela acima, deverá ser considerado para utilização o percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

18. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

18.1. Quando ocorrer um Sinistro, o Segurado ou um de seus representantes deverá encaminhar para o endereço da Seguradora, um comunicado constando o nome completo do Segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

18.1.1. Cobertura Básica de Morte e de Morte Acidental:

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

18.1.2. Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente:

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

policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

18.1.3. Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

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

18.1.4. Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário:

- a) Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, páginas das admissões e dispensas, e página posterior em branco.
 - a1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado será determinada em contrato e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de Indenização.
 - a2) Nos Seguros que possuem Franquia, para o recebimento da primeira Indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior à data do desligamento somada à quantidade de dias da Franquia, conforme estabelecido no Contrato do Seguro.
- b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado, pelo sindicato ou pelo ex-empregador, com a discriminação das verbas rescisórias.

18.1.5. Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de Incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) Exames realizados que comprovem a Incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - c1) Última declaração do Imposto de Renda;
 - c2) Recibo de Pagamento Autônomo;
 - c3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - c4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - c5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, paga antes da ocorrência do Sinistro.
- d) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

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

18.1.7. No caso de Sinistros da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o Segurado deverá submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

18.1.8. As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários.

19. PAGAMENTO DE SINISTROS

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

19.2. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de Indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação, conforme especificado no item 21 desta condição.

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

19.4. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

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

19.6. Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da Indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a Seguradora deverá arcar com os encargos relacionados a mora no

cumprimento das obrigações de pagamento do Segurado com o Credor.

- 19.7. A cobertura do Seguro se dará somente pelo Saldo da dívida, ressaltando-se que as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado não serão incorporados ao valor do Capital Segurado e conseqüentemente à Indenização a ser paga ao primeiro Beneficiário em caso de Sinistro coberto. Caso a inclusão desses itens no Capital Segurado sejam solicitados pelo Representante de Seguro ou pelo Segurado à Seguradora, o mesmo deve ser feito por escrito e ter a anuência da Seguradora.
- 19.8. Caso o pagamento da Indenização referente a um ou mais Segurados não extinga a Obrigação, o Seguro será mantido para os demais, relativamente à Obrigação remanescente.
- 19.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 19.10. O Capital Segurado será apurado com base na data de ocorrência do Sinistro, para estabelecer o montante a ser pago ao Beneficiário, de acordo com o valor do Saldo Devedor.

20. PERDA DE DIREITOS

- 20.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por

si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

- 20.2. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora terá o direito de:
- Na hipótese de não ocorrência de Sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - Na hipótese de não ocorrência de Sinistro, cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido.
 - Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do Prêmio cabível.
 - Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.
- 20.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 20.4. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

20.4.1. O cancelamento do Seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do Prêmio, calculada respeitando as descrições do subitem 20.1.2.

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

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

21. BENEFICIÁRIOS

21.1. O primeiro Beneficiário do Seguro será o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigação a que o Seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

21.2. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem estas condições gerais.

21.3. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei.

22. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

22.1. Quaisquer direitos dos Segurado ou Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescrevem nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

23. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

23.1. As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária

abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

23.2. Para as demais coberturas o âmbito territorial é o globo terrestre.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e a promoção do Seguro por parte do Representante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes Condições Gerais e as normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

25. FORO

25.1. Para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. As partes se submetem às normas brasileiras de Seguro.

26.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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



SONHOS, FUTURO, VIDA.

Seguros protegem o essencial.
Por isso, trabalhamos para que
sejam cada vez mais acessíveis.