



CONDIÇÕES GERAIS

PROTEÇÃO

FINANCEIRA



PRESTAMISTA CAPITAL SEGURADO FIXO (REPRESENTANTE + APÓLICE DE SEGURO)

Processo SUSEP Nº: 15414.657660/2025-39

Versão 01|2025 – 1377 (Grupo e Ramo)



**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.	O QUE É O SEGURO DE PRESTAÇÃO FINANCEIRA?	4
2.	QUAIS SÃO AS COBERTURAS DESTE SEGURO?.....	4
3.	CARÊNCIA E FRANQUIA.....	7
4.	COMO ACIONAR O SEGURO.....	7
5.	QUEM É O BENEFICIÁRIO QUE RECEBE A INDENIZAÇÃO DESTE SEGURO?	9
6.	CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	10
7.	ALTERAÇÕES, CANCELAMENTOS, ENCERRAMENTO E PERDA DE DIREITOS	11
8.	OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGURO	13
9.	OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	13
10.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE SEGURO.....	14
11.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	14
12.	COBRANÇA E PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	14
13.	PRAZO DE ARREPENDIMENTO.....	16
14.	OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES	16
15.	DISPOSIÇÕES GERAIS	16
16.	GLOSSÁRIO	16

1. O QUE É O SEGURO DE PROTEÇÃO FINANCEIRA?

O seguro de Proteção Financeira, também conhecido como Prestamista, serve para garantir, total ou parcialmente, os pagamentos de obrigações financeiras que você assume pagar pela compra de um produto, serviço ou compromisso financeiro. Assim, o objetivo do seguro é pagar a quem você deve, caso ocorra algum dos eventos cobertos por ele e que te impeça de continuar a pagar as obrigações.

Existem as seguintes partes neste seguro:

Você, cliente que compra o seguro, e é chamado de **segurado**;

A **Seguradora Cardif**, empresa devidamente autorizada a comercializar seguros, e que assume os riscos relacionados às coberturas contratadas, conforme a legislação vigente e o estabelecido nestas Condições Gerais;

O **Representante de Seguro**, que é pessoa jurídica com quem você contrata o seguro e que possui obrigação de promover a realização de contrato de seguro por conta e em nome da sociedade seguradora;

O **credor**, que é a pessoa física ou jurídica com quem você tem uma dívida qual esse Seguro de Proteção Financeira está atrelado.

2. QUAIS SÃO AS COBERTURAS DESTE SEGURO?

A cobertura de **morte** é básica e de **contratação obrigatória**;

Existem também coberturas adicionais, de contratação facultativa e que **não podem ser contratadas isoladamente**, que são:

- invalidez permanente total por acidente;
- desemprego involuntário;
- incapacidade física total e temporária.

2.1. COBERTURA BÁSICA DE MORTE

Em caso de morte do segurado por causa natural ou acidental, este seguro garante ao credor o pagamento do valor total ou parcial da dívida do segurado com ele, limitado ao capital segurado contratado, desde que tenham sido cumpridas todas as cláusulas destas Condições Gerais.

2.2. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Caso o segurado fique, de forma total e permanente, inválido por causa direta e exclusiva de um acidente pessoal, durante o período coberto pelo seguro, o seguro garante ao credor o pagamento total ou parcial das prestações devidas, atreladas ao seguro, respeitado o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, e desde que todas as cláusulas destas Condições Gerais tenham sido cumpridas.

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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.

Para esta cobertura, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada depois de terminar o tratamento médico ou quando forem esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação do segurado.

A Invalidez Permanente Total por Acidente acontece quando é constatado e avaliado, em caráter definitivo, o quadro descrito abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os braços;
- Perda total do uso de ambas as pernas;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um braço e uma perna;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;

- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável;
- Nefrectomia bilateral, que é a retirada ao mesmo tempo dos dois rins.

💡 Observações importantes:

- Quando o mesmo acidente resultar na invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será o capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo ou qualquer acréscimo;
- O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento;
- A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nesse caso, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovado por laudo médico atestando o grau de preexistência;
- Para comprovar a invalidez permanente total por acidente, o segurado deverá entregar uma declaração médica assinada por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas causadas pelo acidente. Os exames e a declaração serão avaliados pela assessoria médica da seguradora;
- As informações e/ou documentos adicionais que a seguradora pedir visando esclarecer as circunstâncias do acidente não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado;
- A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social ou assemelhadas, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não

caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.3. COBERTURA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ADICIONAL FÍSICA TOTAL DE E

Esta cobertura é aplicável exclusivamente a segurados que sejam profissionais autônomos e liberais, ou seja, que não tenham vínculo empregatício.

Ela é acionada em caso de incapacidade, causada por Acidente Pessoal coberto ou por doença, sendo o conjunto característico de sintomas e sinais que leva o segurado a tratamento médico e que impeça, de forma contínua e sem interrupções, esse segurado de trabalhar, exercer atividade profissional ou alguma ocupação.

Nesse caso, o Seguro garante ao credor, durante o período em que o segurado estiver sob tratamento médico e sem poder trabalhar, o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura. Para isso, é necessário que sejam cumpridas todas as cláusulas destas Condições Gerais.

O que não está coberto:

- a) Cirurgias plásticas, exceto suas complicações e/ou aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro e aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal ocorrido após a inclusão do segurado na apólice de seguro;
- b) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente;
- c) A gravidez e suas consequências, exceto quando houver complicações.

💡 Observações importantes:

- O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado por meio de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária;
- O capital segurado das coberturas de morte e incapacidade física total e temporária não se acumulam em consequência de um mesmo evento;
- Para cobertura de incapacidade física total e temporária por acidente, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do término da incapacidade anteriormente constatada, e desde que o novo evento não seja decorrente de doença ou acidente relacionado ao evento anterior.

2.4. COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

Esta cobertura é aplicável **exclusivamente** a segurados que sejam profissionais registrados em regime CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) com comprovação do período mínimo de 100 (cem) dias de trabalho ininterrupto para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

Esta cobertura tem por objetivo garantir ao credor da dívida o pagamento do capital segurado contratado, seja ele total ou parcial, caso o segurado fique desempregado de modo involuntário durante o período de vigência desta cobertura, desde que sejam observadas todas as cláusulas destas das Condições Gerais.

O que é o Desemprego Involuntário?

É quando o trabalhador segurado fica desempregado de modo involuntário, ou seja, não por vontade própria, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, ficando sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para algum empregador.

O que não está coberto?

- a) Renúncia, pedido de demissão voluntária do trabalho ou programas de demissão voluntária (PDV) incentivados pelo empregador do segurado e/ou por acordo coletivo de trabalho ou ainda rescisão por comum acordo entre empregador e empregado para a extinção do contrato de trabalho;
- b) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- d) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- e) 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 recontratação e futura demissão por um mesmo empregador).

💡 Observações importantes:

- As parcelas serão indenizadas conforme a sua data de vencimento, enquanto o segurado permanecer na condição de desempregado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis;
- Para cobertura de Desemprego Involuntário, o intervalo entre eventos será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do último evento indenizado, e desde que na data da ocorrência do novo evento seja comprovado um período mínimo de 100 (cem) dias de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador.

2.5. IMPORTANTE: O QUE TAMBÉM NÃO ESTÁ COBERTO

Os riscos excluídos são os eventos ou acontecimentos que não estão cobertos por este Seguro, conforme constam nestas Condições Gerais.

Além das situações que não estão cobertas acima mencionadas, também estão excluídas de todas as coberturas, as situações ocorridas em consequência direta ou indireta 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 ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo, praticados pelo segurado, beneficiários 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 respectivos representantes;
- d) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e demais efeitos ou influências atmosféricas;
- e) Epidemias e pandemias somente quando declaradas por órgão competente;
- f) 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.
- g) 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 na Declaração Pessoal de Saúde, integrante da Proposta de contratação.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

A **carência** é o período de dias, contados a partir das 24h (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado não terá direito a ter a indenização pelo seguro. Ou seja, para alguns eventos, a cobertura não começa de forma imediata.

Não haverá prorrogação de vigência correspondente aos dias de carência.

A **franquia** é o valor correspondente a um período de dias corridos, sem interrupção e contados da data da ocorrência do evento coberto, que o segurado tem que arcar para que possa receber a sua indenização. Ou seja, **a seguradora não indenizará o valor da dívida equivalente a esse período de dias.**

Para as coberturas de Desemprego Involuntário e de Incapacidade Física Total e Temporária a carência e/ou franquia, quando houver, serão estabelecidas na Apólice de Seguro.

Não tem carência e nem franquia:

- Para coberturas de Morte e de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- Para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos dois primeiros anos a contar da adesão ao seguro.

4. COMO ACIONAR O SEGURO

- 4.1.** Quando ocorrer um sinistro, o representante de seguro, o segurado ou beneficiário deverá comunicar a ocorrência à Seguradora, através do site www.acioneseuseguro.com.br ou encaminhar por meio da Caixa Postal nº

66049 CEP: 05314-970 – São Paulo/SP os seguintes documentos:

COBERTURA BÁSICA DE MORTE:

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

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;
- d) Cópia simples do Registro Geral (RG), Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física (CPF) e do Comprovante de endereço do Segurado.

COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO:

- a) Carteira de Trabalho Digital, com as telas “Contratos”, “Detalhes” e “Detalhes do Requerimento” ou cópia simples das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, páginas das admissões e dispensas, e página posterior em branco;
- b) Cópia simples do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado, pelo sindicato ou pelo ex-empregador, com a discriminação das verbas rescisórias.

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 simples do boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- d) Cópia simples do Registro Geral (RG), Cópia simples do Cadastro de Pessoa Física (CPF) e do Comprovante de endereço do Segurado.

- O pagamento de qualquer indenização decorrente do presente seguro será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nesta cláusula;
- A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento da documentação complementar pela seguradora.

Caso seja ultrapassado o prazo previsto, a seguradora pagará o valor da indenização atualizado a partir da data de vencimento do respectivo prazo e será aplicada a taxa de juros moratórios com base **na Taxa Legal do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic), deduzido o índice de atualização monetária, de acordo com os termos do art. 406 do Código Civil Brasileiro.**

A atualização será efetuada com base na variação positiva IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data final prevista para o pagamento da indenização e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

Qualquer direito do segurado ou dos beneficiários, relativos a este seguro, prescreve nos prazos previstos em lei.

5. QUEM É O BENEFICIÁRIO QUE RECEBE A INDENIZAÇÃO DESTE SEGURO?

Neste seguro, o objetivo é pagar total ou parcialmente a obrigação financeira do segurado junto ao credor da dívida a que o seguro está atrelado. Então, **o primeiro beneficiário do seguro, para quem a indenização deverá ser paga, é o credor.**

O valor do limite do capital segurado contratado deverá ser sempre respeitado.

Caso o valor da dívida, calculado na data da ocorrência do evento coberto, seja menor do que o valor do capital segurado contratado, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou a outros beneficiários indicados pelo segurado, conforme dispuserem as condições gerais.

Na falta de indicação expressa de outros beneficiários por parte do segurado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a escolha que for feita, serão beneficiários e receberão essa diferença de valor, aqueles indicados por lei.

O QUE É O CAPITAL SEGURADO?

Capital segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do evento que estiver coberto pelo seguro.

A modalidade do capital segurado prevista nestas condições gerais é a de capital segurado fixo, ou seja, o valor do capital segurado não varia ao longo da vigência do seguro, independentemente da evolução do valor da dívida.

O valor do capital segurado é sempre expresso em reais mesmo nos casos em que a dívida seja em outra moeda. Esse capital segurado está informado na sua Apólice de Seguro.

A cobertura do seguro abrangerá somente o saldo da dívida, de modo que eventuais parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes da inadimplência no pagamento da dívida por parte do segurado não serão incluídas no valor do capital segurado, nem na indenização a ser paga ao beneficiário em caso de sinistro coberto.

5.1. SE A INDENIZAÇÃO DO SEGURO FOR PAGA, O QUE ACONTECE COM O SEGURO?

Para as coberturas de Morte e de Invalidez Permanente Total por Acidente não haverá reintegração de capital segurado, ou seja, sendo a indenização paga pela seguradora e recebida pelo credor e/ou outro beneficiário, o seguro acaba, deixando de existir inclusive para as demais coberturas facultativas que podem ter sido contratadas.

Nos casos de cobertura por Incapacidade Física Total, após o pagamento da indenização total, o capital segurado relativo a essa cobertura será reintegrado, ou seja, ele será recomposto de forma automática, sem cobrança de prêmio adicional, mas somente se o segurado sofrer um novo evento de incapacidade física total e temporária depois de 180 (cento e oitenta) dias contados da data do retorno a qualquer atividade laborativa.

Se esse novo evento de incapacidade física total e temporária acontecer antes desses 180 (cento e oitenta) dias dele ter voltado a uma atividade laborativa, o capital segurado não será reintegrado e o segurado não terá cobertura pelo seguro.

Após o pagamento da indenização total, o capital segurado relativo ao Desemprego Involuntário será reintegrado automaticamente, sem cobrança de prêmio adicional. E para que o **segurado seja**

elegível à indenização de um segundo evento de Desemprego Involuntário deverá comprovar um novo período de 180 (cento e oitenta) dias contados do último evento indenizado.

5.2. O QUE É DATA DO SINISTRO E POR QUE ESSA INFORMAÇÃO É NECESSÁRIA?

Para efeito de determinação da indenização a ser paga pela seguradora, considera-se como data do evento:

- Para cobertura básica de Morte, a data do falecimento;
- Para cobertura adicional de Invalidez Permanente Total Por Acidente, a data do acidente;
- Para cobertura adicional Desemprego Involuntário, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado;
- Para a cobertura adicional de Incapacidade Física Total e Temporária, a data de início do afastamento, conforme constar do relatório médico.

6. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

6.1. A contratação deste seguro é opcional e feita por adesão individual.

6.2. É proibida a oferta do seguro como condicionante para fornecimento, por terceiro, de produto, crédito ou serviço.

6.3. A contratação deste seguro será realizada mediante Proposta de contratação devidamente preenchida e assinada pelo Proponente ou seu representante legal, juntamente com a Declaração Pessoal de Saúde.

6.4. A aceitação da Proposta de contratação está sujeita à análise do risco. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados do recebimento da Proposta de contratação, para aceitar ou recusar a contratação do seguro.

6.5. Durante o prazo de 15 (quinze) dias previsto acima, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares para a avaliação do risco, incluindo informações, declarações ou exames médicos, ficando o referido prazo suspenso e voltando a correr a contagem a partir da data de entrega da documentação solicitada.

6.6. A Seguradora comunicará ao Proponente eventual recusa da Proposta de contratação no prazo de 15 (quinze) dias previsto acima.

6.7. No caso de recusa da Proposta de contratação, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento será restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis", correspondente ao período em que tiver vigorado a Cobertura. Neste caso, o Proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da Proposta de contratação com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa.

6.8. Caso a Seguradora não se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias corridos sobre a Proposta de contratação, a aceitação será tácita.

6.9. Para fins deste seguro, a data da aceitação da Proposta de contratação será aquela que ocorrer primeiro dentro das hipóteses abaixo:

- a) A data da manifestação expressa pela Seguradora;
- b) A data da emissão da Apólice de Seguro; e,
- c) A data do término do prazo previsto na cláusula 6.5.

6.10. A Apólice de seguro será emitida em até 15 (quinze) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta de contratação e encaminhada ao Segurado ou seu representante legal.

6.11. A Apólice de Seguro será emitida com as seguintes informações:

- Datas e horários de início e termo da cobertura do seguro;
- As coberturas contratadas;
- Franquia e carências aplicadas para cada cobertura contratada;
- O capital segurado de cada cobertura e o valor do Prêmio.

7. ALTERAÇÕES, CANCELAMENTOS, ENCERRAMENTO E PERDA DE DIREITOS

7.1. COMO CANCELAR ESTE SEGURO

7.1.1. A Apólice de Seguro não poderá ser cancelada durante a sua vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

7.1.2. 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 de risco a decorrer.

7.2. A Apólice de Seguro poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:

- Na hipótese do Segurado, seus Representantes legais, seus Prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente o cancelamento do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

- É facultado ao Segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação.

- No caso de ocorrência do sinistro de morte ou invalidez permanente total por acidente, com pagamento de 100% do capital segurado, a Apólice de Seguro será cancelada, no momento da data da ocorrência do sinistro, com consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data do pagamento da indenização.

- No caso de rompimento (resilição) total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- A sociedade Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- Quando adotado o fracionamento do prêmio e ocorrer o pedido de rescisão por parte 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. A Seguradora é responsável pela definição do método a ser aplicado, garantindo que será o mesmo método definido anteriormente a contratação pelo segurado e devidamente descrito na Apólice de Seguro.

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

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.

- Na forma de custeio mensal do seguro, decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite do pagamento sem que o prêmio tenha sido quitado, o seguro será cancelado, sem restituição de prêmios anteriores já pagos, e sem prejuízo à cobrança de prêmios vencidos, relativos a períodos em que houve a cobertura.
- No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência, independente de parcelas posteriores pagas.

7.3. QUANDO SE ENCERRA A COBERTURA DO SEGURO?

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado tem fim:

- Automaticamente, quando do término do período de vigência da Apólice de Seguro, em caso de não renovação do seguro;
- Com o fim do vínculo entre o Segurado titular e o Representante de Seguro;
- Quando o Segurado solicitar à Seguradora sua exclusão do seguro;

- Quando o Segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias;
- Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.

7.4. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

- Caso o Segurado, Beneficiário ou seus Representantes legais ou o Corretor de Seguro fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias na Proposta de contratação e anexa Declaração Pessoal de Saúde que possam influir na aceitação do risco ou no valor do Prêmio, a Seguradora não realizará qualquer pagamento de Capital Segurado e terá ainda direito ao recebimento do Prêmio vencido.
- O Segurado perderá o direito à indenização se houver agravamento intencional do risco ou inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, pelo mesmo ou seu representante legal.
- Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- 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 integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

- O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato

suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

- a) A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de 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;
 - b) O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- Também haverá perda do direito à Indenização, caso haja por parte do Segurado, seus representantes legais ou seu(s) Beneficiário(s):
- a) Inobservância das obrigações convencionadas nesse Seguro; e
 - b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.

8. OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGURO

- 8.1.** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- 8.2.** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados (inclusão/exclusão), alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 8.3.** Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Produto de Seguro, previamente à Contratação do seguro;

- 8.4.** Repassar os prêmios pertinentes aos segurados ativos à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 8.5.** 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;
- 8.6.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 8.7.** Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- 8.8.** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

9. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

- 9.1.** Fornecer à Seguradora, no momento da contratação do seguro, seus dados completos, de forma a possibilitar seu perfeito cadastro, inclusive para fins de cobrança e cobertura do seguro contratado;
- 9.2.** Comunicar imediatamente à Seguradora, pela via mais rápida possível, a ocorrência de qualquer fato ou circunstância que possa afetar ou alterar o risco, bem como qualquer evento que possa vir a ser caracterizado como um sinistro indenizável ou não, nos termos deste contrato, encaminhando posteriormente os documentos por via formal e escrita;
- 9.3.** Agir com boa-fé. Se qualquer reivindicação do Segurado quanto a este seguro for, em qualquer aspecto, de declarações inexatas e omissas, ou por fraude ou de intenção fraudulenta com o intuito de obter vantagens em seu próprio favor, isentará a Seguradora do pagamento das indenizações e das restituições dos prêmios;

- 9.4.** Cumprir as disposições estabelecidas nestas Condições Gerais;
- 9.5.** A inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais, por parte do Segurado, isentará a Seguradora da obrigação de pagar qualquer indenização com base no presente seguro.

10. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE SEGURO

- 10.1.** Os Capitais Segurados, bem como seus respectivos Prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário da contratação, com base no IPCA/IBGE acumulado nos 12 (doze) meses posteriores, contados da data de início de vigência indicada na Apólice de Seguro.
- 10.2.** Na falta ou extinção do índice indicado, será considerado como índice substituto o (INPC/IBGE).
- 10.3.** 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.
- 10.4.** Os seguros com vigência igual ou inferior a um ano não terão atualização de valores.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 11.1.** 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 da Apólice de Seguro.
- 11.2.** A Vigência do Seguro corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado.
- 11.3.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas (vinte e quatro) horas da data de contratação ou das datas estabelecidas na Apólice de Seguro.

- 11.4.** Quando a obrigação possuir data prevista de término, o prazo de vigência do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado.

- 11.5.** Não está prevista renovação automática da Apólice de Seguro, portanto, caso o Segurado tenha interesse em permanecer com o seguro nas mesmas condições, este deverá contratar um novo seguro.

- 11.6.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de Vigência da Apólice de Seguro.

- 11.7.** Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, e:

- 11.7.1.** 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.

- 11.7.2.** 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.

- 11.8.** A Seguradora se reserva no direito de recalcular o prêmio com base nas novas premissas compartilhadas pelo Representante de seguro.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1.** O prêmio do seguro será determinado na Apólice de Seguro

- 12.2.** As faturas terão vencimento único, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionado, de acordo com o estabelecido na Apólice de Seguro.

- 12.3.** Quando a data limite para o pagamento do prêmio, contida no documento de cobrança,

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

12.4. 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.

12.5. 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.

12.6. O prêmio pago ao Representante de Seguro considera-se feito à Seguradora.

12.7. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de pagamento do prêmio, o direito a indenização não fica prejudicado se este for realizado ainda naquele prazo.

12.8. Se não houver pagamento do prêmio, a cobertura será suspensa automaticamente e somente será reabilitada a partir de 24h da data em que o Segurado ou o Representante de seguro realizou o pagamento. Os sinistros ocorridos durante o período de suspensão, ficarão sem cobertura.

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

12.10. O prazo de suspensão por inadimplência poderá ser de até 90 (noventa) dias ininterruptos. Decorrido este prazo, sem a regularização do pagamento do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou

extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

12.11. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido na Apólice de Seguro.

12.12. 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 e função do Prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto.

12.13. Para os percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

12.14. A Seguradora informará ao Segurado ou seu Representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de Vigência ajustado.

12.15. O Prêmio fracionado deve ser pago em parcelas mensais e sucessivas.

12.16. 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 da Apólice de Seguro.

12.17. 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.

12.18. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples,

sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Representante de Seguro.

13. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

13.1. O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de até 7 (sete) dias corridos a contar da emissão da Apólice de Seguro, e neste caso, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante este prazo, serão devolvidos, de imediato.

13.2. O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

13.3. 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.

13.4. A devolução será realizada pelo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

14. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

14.1. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As coberturas previstas neste contrato abrangem eventos cobertos ocorridos em todo o território nacional.

14.2. FORO

Em caso de questões judiciais, fica eleito o foro (local) do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

- As partes se submetem às normas brasileiras do seguro.

- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

- O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

16. GLOSSÁRIO

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, 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.

Agravamento do Risco Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pelo segurador.

Apólice é o documento emitido pela sociedade Seguradora, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando e a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Proponente.

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.

Capital Segurado É o valor máximo a ser pago pela seguradora para as coberturas contratadas, em caso de ocorrência de evento coberto pelo seguro.

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. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há carência.

Condições Contratuais é o conjunto de condições que regem a contratação, inclui as Condições

Gerais, Apólice de Seguro e Declaração Pessoal de Saúde.

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.

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.

Credor é aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

Declaração Pessoal de Saúde é o Formulário de informações que devem ser prestadas pelo Proponente, relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão analisadas pela Seguradora para decisão sobre aceitação do risco e fixação do prêmio. A Declaração Pessoal de Saúde integrará a Proposta de contratação.

Devedor é aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

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

Evento Coberto ou risco 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).

Franquia é o valor correspondente a um período de dias corridos, sem interrupção e contados da data da ocorrência do evento coberto, que o segurado tem que arcar para que possa receber a sua indenização.

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.

IPCA/IBGE É o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Início de Vigência é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

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.

Período de Cobertura é o período durante o qual o Segurado fará jus as coberturas do Seguro, mediante o pagamento do respectivo Prêmio, a contar do início de Vigência.

Prêmio é o preço do seguro, ou seja, a importância paga pelo segurado à Seguradora em contraprestação à cobertura contratada e informado na Apólice de Seguro.

Proponente é a pessoa física que apresenta a Proposta de contratação, interessada em contratar o seguro, e que somente passará a ser considerado Segurado após a aceitação da Proposta pela Seguradora.

Proposta de contratação é o documento contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.

Pro-rata Temporis é o significado de "proporcional ao tempo", ou seja, quando uma medição deve ser feita levando em consideração algum período, proporcional aos dias de Vigência do Contrato de Seguro.

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 por conta e em nome da sociedade seguradora.

Riscos Excluídos são os eventos ou acontecimentos previstos nas Condições Gerais e

cobertura(s) contratada(s), que não são cobertos por este Seguro.

Rescisão do Contrato de Trabalho é o encerramento de contrato de trabalho de empregados celetistas.

Rescisão do Contrato de Trabalho por Justa Causa é o 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.

Segurado é a pessoa física que contrata o seguro, estando exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas e indicadas na Apólice de Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Seguradora é a Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A., Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais.

Seguro é uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do Prêmio, se obriga frente ao Segurado ao pagamento de uma Indenização, observados o disposto nas Condições Contratuais, caso aconteça o Evento Coberto.

Sinistro é a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

Vigência é o período pelo qual o seguro é contratado, desde que os prêmios sejam pagos regularmente até o seu vencimento.



SONHOS, FUTURO, VIDA.

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

