



CONDIÇÕES CONTRATUAIS DE SEGURO  
**PERNAMBUCANAS - PREVIDENTE**

Janeiro/2014

**PREVIDENTE****PROCESSO SUSEP Nº 15414.100657/2002-51****APÓLICE: 01.01.0977.000081**

<b>Coberturas*</b>	<b>Elegíveis</b>	<b>Prêmio Mensal</b>	<b>Carência</b>	<b>Franquia</b>	<b>Indenização</b>
Morte Natural, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente	Todas as pessoas entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos, na data de ingresso ao seguro, incluindo aposentados, pensionistas ou funcionários públicos.	R\$ 4,40 (quatro reais e quarenta centavos)	Não existe	Não existe	Pagamento do saldo devedor do Cartão Pernambucanas sistema rotativo e/ou saldo do Cartão Pernambucanas Bandeirado (saldo na data do óbito), limitado ao valor total máximo de até R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais).
Desemprego Involuntário	Profissionais Assalariados com Vínculo Empregatício (CLT) com no mínimo 6 (seis) meses de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador		60 dias	30 dias	Pagamento do saldo devedor do Cartão Pernambucanas sistema rotativo e/ou saldo do Cartão Pernambucanas Bandeirado (saldo na data do aviso prévio da incapacidade ou da internação), limitado ao valor total máximo de até R\$ 500,00 (quinhentos reais).
Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença	Profissionais Liberais ou Autônomos Regulamentados que comprovem a atividade e renda		60 dias para incapacidade física total e temporária por doença	15 dias	
Internação Hospitalar por Acidente ou Doença	Pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que não possuem comprovação de atividade e renda, aposentados, pensionistas ou funcionários públicos		60 dias para internação hospitalar por doença	15 dias	
Indenização das contas de luz e água ou luz e gás (**)	Todas as categorias profissionais listadas acima.		De acordo com as coberturas acima.	De acordo com as coberturas acima.	Em caso de sinistro até R\$ 100,00 (cem reais).

(\*) As coberturas de Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença e Internação Hospitalar por Acidente ou Doença se aplicam somente para as Categorias Profissionais relacionadas e descritas acima.

(\*\*) Serão consideradas as contas vencidas nos últimos 31 (trinta e um) dias anteriores a data da ocorrência do evento coberto.

**Benefício Adicional - Sorteio**

4 sorteios mensais de R\$ 2.500,00 (líquidos de IR, conforme legislação vigente)

**Estipulante:** ARTHUR LUNDGREN TECIDOS S/A – CASAS PERNAMBUCANAS – CNPJ: 61.099.834/0001-90.

**Corretor de Seguros:** AON Affinity do Brasil Serviços e Corretora de Seguros Ltda. – CNPJ: 02.143.320/0001-26 – Registro SUSEP: 10.033.292-5

**Seguradora:** Assurant Seguradora S.A. - CNPJ: 03.823.704/0001-52 - Inscrição SUSEP: 0214-3.

**SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente**  
**0800 704 0203**

Horário de atendimento: 24 horas, 7 dias por semana

Horário de abertura de sinistro:  
das 08hs às 20hs de segunda a sábado

**Deficiente Auditivo**  
**0800 726 6363**

Horário de funcionamento: 24 horas, 7 dias por semana

**Ouvidoria**

Caso já tenha registrado sua reclamação no SAC e não esteja satisfeito, entre em contato através do número: **0800 771 7266**

Horário de atendimento: das 09:00hs às 18:00hs de segunda a sexta

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO  
DE PROTEÇÃO FINANCEIRA**  
PROCESSO SUSEP Nº 15414.100657/2002-51  
GARANTIDO POR ASSURANT SEGURADORA S.A.  
CNPJ: 03.823.704/0001-52

As presentes **Condições Contratuais** são exclusivas para a apólice de número **01.01.0977.000081**, do seguro **Previdente**, e não obstante o que estiver determinado nas Condições Gerais deste contrato, as presentes cláusula prevalecem sobre quaisquer outras em contrário.

**Garantias Contratadas**

- Em caso de **Morte Natural, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado**: é garantido pagamento do saldo devedor rotativo do Cartão Pernambucanas Private ou Bandeirado, firmado com o Estipulante, limitado a R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais). Para os casos em que a indenização não for suficiente para quitação do saldo devedor do Financiamento, os herdeiros/segurado deverão ser responsáveis pelo pagamento da diferença.

**Carência:** Não há.

**Franquia:** Não há.

**Importante: Débitos posteriores à data da ocorrência do sinistro, não serão indenizados pela Seguradora.**

- Em caso de **Desemprego Involuntário do Segurado**: é garantido pagamento do saldo devedor rotativo do Cartão Pernambucanas Private ou Bandeirado, firmado com o Estipulante, limitado a R\$ 500,00 (quinhentos reais), conforme quadro de coberturas. Para os casos em que a indenização não for suficiente para quitação do Financiamento, o segurado deverá ser responsável pelo pagamento da diferença.

**Importante: Débitos posteriores à data da ocorrência do sinistro, não serão indenizados pela Seguradora.**

Para fins desta cobertura deverá ser comprovado vínculo empregatício (Carteira de Trabalho da Previdência Social assinada) e um período mínimo de 06 (seis) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador até a data de demissão, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte) horas semanais.

**Carência:** 60 (sessenta) dias.

**Franquia:** 30 (trinta) dias.

- Em caso de **Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença do Segurado**: é garantido pagamento do saldo devedor rotativo do Cartão Pernambucanas Private ou Bandeirado, firmado com o Estipulante, limitado a R\$ 500,00 (quinhentos reais), conforme quadro de coberturas, **para o profissional liberal ou autônomo que possuir comprovação de renda e atividade**, em consequência de acidente ou doença que o impeça de realizar sua atividade profissional por um período superior a 15 (quinze) dias. Para os casos em que a indenização não for suficiente para quitação do Financiamento, o segurado deverá ser responsável pelo pagamento da diferença.

**Importante: Débitos posteriores à data da ocorrência do sinistro, não serão indenizados pela Seguradora.**

Para fins desta cobertura, **deverá haver um intervalo de no mínimo 06 (seis) meses entre um evento de incapacidade física total e temporária por acidente ou doença e outro**, somente

em caso de eventos não relacionados entre si.

**Carência:** 60 dias para incapacidade física total e temporária por doença.

**Franquia:** 15 (quinze) dias.

- Em caso de **Internação Hospitalar por Acidente ou Doença do Segurado**: é garantido pagamento do saldo devedor rotativo do Cartão Pernambucanas Private ou Bandeirado, firmado com o Estipulante, limitado a R\$ 500,00 (quinhentos reais), conforme quadro de coberturas, **para o profissional liberal ou autônomo que não possuir comprovação de renda e atividade**, em consequência de acidente ou doença permaneça internado por um período superior a 15 (quinze) dias. Para os casos em que a indenização não for suficiente para quitação do Financiamento, o segurado deverá ser responsável pelo pagamento da diferença.

**Importante: Débitos posteriores à data da ocorrência do sinistro, não serão indenizados pela Seguradora.**

Para fins desta cobertura, **deverá haver um intervalo de no mínimo 06 (seis) meses entre um evento de incapacidade física total e temporária por acidente ou doença e outro**, somente em caso de eventos não relacionados entre si.

**Carência:** 60 dias para internação hospitalar por doença.

**Franquia:** 15 (quinze) dias.

- Em caso de **Indenização de luz e água ou luz e gás**: é garantido pagamento em caso de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença ou Internação Hospitalar em caso de Acidente ou Doença, o pagamento ao Estipulante, para que este repasse ao Segurado/herdeiros, o valor total máximo de até R\$ 100,00 (cem reais) para indenização de contas residenciais de luz e água ou luz e gás, cuja titularidade seja do Segurado.

Caso o titular da conta não seja o Segurado, o mesmo deverá apresentar vínculo do imóvel com o titular em questão ou o endereço da conta deve ser igual ao do Segurado que está comprovado e cadastrado junto ao Estipulante.

A indenização das contas de luz e água ou luz e gás - serão consideradas as contas vencidas nos últimos 31 (trinta e um) dias anteriores a data da ocorrência do evento coberto.

**Importante: Em caso de evento coberto, o Segurado/herdeiros, após a aprovação do sinistro pela Seguradora, terá um prazo de 60 dias para retirar o valor do pagamento das contas de luz e água ou luz e gás em uma das Lojas Pernambucanas.**

**Carência:** Verificar a carência indicada em cada cobertura.

**Franquia:** Verificar a franquia indicada em cada cobertura

**Elegibilidade**

- São elegíveis às garantias deste Seguro as pessoas físicas com idade mínima de 18 (dezoito) e máxima de 70 (setenta) anos na data de ingresso ao Seguro e que se encontrem em plena atividade profissional e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação ao Seguro, incluindo aposentados, pensionistas ou funcionários públicos.
- Desemprego Involuntário: profissionais assalariados com vínculo empregatício (CLT) com, no mínimo, 06 (seis) meses de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador.
- Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença: profissionais liberais ou autônomos, regulamentados, que com-

provem a atividade e renda.

- Internação Hospitalar por Acidente ou Doença: profissionais liberais ou autônomos, regulamentados, que não comprovem a atividade e renda.
- Indenização das contas de luz e água ou luz e gás: todas as categorias listadas acima.

### **Custeio do Seguro**

O custeio do seguro é contributivo, ou seja, 100% (cem por cento) pago pelo Segurado.

### **Prêmio Mensal de Seguro**

O prêmio deste seguro será mensal, sendo o valor do prêmio de R\$ 4,40 (quatro reais e quarenta centavos).

### **Âmbito Geográfico da Cobertura**

- As garantias de **Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente** aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- As garantias de **Desemprego Involuntário, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, Internação Hospitalar por Acidente ou Doença e Indenização das contas de luz e água ou luz e gás**, aplicam-se para eventos cobertos em território nacional.

### **Inclusão do Segurado**

A inclusão do Segurado na Apólice é de forma facultativa.

### **Aceitação do Seguro**

A aceitação do Seguro se dará no momento da assinatura da proposta de adesão pelo proponente.

### **Vigência Individual**

A vigência do risco terá início às 24h00 (vinte e quatro horas) do dia da data de adesão e estará descrita no certificado de seguro.

### **Pagamento do Prêmio**

- O pagamento do prêmio deverá ser efetuado mensalmente pelo Segurado.
- A forma de cobrança estabelecida para este seguro será a fatura do cartão do Segurado com o Estipulante (Pernambucanas Private ou Bandeirado)
- Qualquer indenização somente é devida quando do pagamento do prêmio até a data limite prevista na fatura do cartão. O pagamento pode ser feito fora da data limite, desde que ocorra antes do evento.
- Só haverá cobrança do prêmio de Seguro quando houver emissão da fatura do cartão, respeitando o limite mínimo de emissão de fatura enviado pelo Estipulante. Para ter direito ao Seguro Perda e Roubo, o cliente deverá pagar o seu extrato mensal no vencimento e no valor igual ou acima do mínimo nele estipulado, que já contempla o valor do Seguro. Porém, o cliente consegue realizar o pagamento, mesmo sem a emissão da fatura do cartão.
- Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ocorrer no primeiro dia útil subsequente.
- O não pagamento do prêmio de Seguro até a data do vencimento da fatura do cartão acarretará a imediata e automática suspensão do direito às garantias. Ocorrendo suspensão das garantias, o prêmio devido pode ser pago no período posterior ao vencimento do prêmio em atraso, hipótese em que a garantia será reabilitada

para os eventos ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do prêmio em atraso. **Durante o período de suspensão, caso ocorra um evento coberto, o Segurado não terá direito a nenhuma indenização.**

- Na hipótese de reabilitação da garantia do Seguro pela regularização do pagamento do prêmio em atraso, qualquer indenização dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, tenha sido quitado o respectivo débito.
- Decorridos 90 dias da data de vencimento e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o Seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada. Havendo interesse do ex-Segurado, deverá ser contratado um novo Seguro, sem nenhum vínculo com o Seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

### **Cláusula Beneficiária**

- Em caso de **Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente** do segurado, o primeiro beneficiário será o próprio Estipulante, pelo valor do saldo devedor, limitado ao capital segurado, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga ao(s) **beneficiário(s)/ herdeiro(s) legal(is)**, previstos em Lei.
- Em caso de **Desemprego Involuntário do Segurado, Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença do Segurado ou Internação Hospitalar por Acidente ou Doença**, o único beneficiário será o próprio Estipulante, pelo valor do saldo devedor, limitado ao capital segurado.

### **Renovação do Seguro**

- A vigência do seguro será discriminada no Certificado de Seguro, sendo renovada automaticamente uma única vez.
- Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes forem necessárias, desde que realizada pelo Estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.
- Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

### **Direito de Cancelamento**

A cobertura individual será cancelada nos seguintes casos:

- Desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- Mediante solicitação expressa e por escrito do Segurado;
- Por iniciativa da Estipulante ou da Seguradora, mediante comunicação por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- Em caso de cancelamento da Apólice, seguindo as regras estabelecidas nas Condições Gerais.
- O seguro será rescindido integralmente em caso de ocorrência de sinistro coberto.

### **Disposições Gerais**

- Permanecem inalterados os demais itens das Condições Gerais e Condições Especiais não modificados por estas Condições Contratuais.
- As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e a Nota Técnica atuarial submetidas à SUSEP.

- O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- **Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios de seguro pagos nos termos desta apólice.**
- O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO  
DE PROTEÇÃO FINANCEIRA**  
PROCESSO SUSEP Nº 15414.100657/2002-51  
GARANTIDO POR ASSURANT SEGURADORA S.A.  
CNPJ: 03.823.704/0001-52

## 1. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as **Condições Gerais** do seu **Seguro de Proteção Financeira Assurant Group**, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o Estipulante aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

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

## 2. DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante destas Condições Gerais.

### 2.1. 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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

#### 2.1.1. Incluem-se, ainda, no conceito de Acidente Pessoal:

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

#### 2.1.2. Para fins deste seguro, excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) **As doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que se-**

**jam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

- b) **As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de acidente pessoal, descrita nestas definições.**

### 2.2. Apólice

É o documento emitido pela Seguradora através do qual esta formaliza a aceitação do seguro solicitado pelo Estipulante, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação.

### 2.3. Aviso de Sinistro

É a comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

### 2.4. Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

### 2.5. Boa Fé

É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro.

### 2.6. Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.

### 2.7. Carência

**É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.**

### 2.8. Carregamento

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização

## 2.9. Certificado Individual

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

## 2.10. Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

## 2.11. Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas contratuais suplementares às Condições Gerais, que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

## 2.12. Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

## 2.13. Corretor

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

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

## 2.14. Contrato

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

## 2.15. Custeio do Seguro

De acordo com a opção do Estipulante, ratificada no Contrato do Seguro, o custeio poderá ser:

- Contributário: em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
- Não Contributário: em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

## 2.16. Doenças ou Lesões Preexistentes e Suas Consequências

**São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de adesão.**

## 2.17. Endosso

É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

## 2.18. Evento Coberto

É o acontecimento futuro, involuntário, possível, incerto e de natureza súbita, passível de ser indenizado pelas garantias contem-

pladas nestas Condições Gerais.

## 2.19. Estipulante

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

## 2.20. Franquia

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

## 2.21. Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

## 2.22. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

## 2.23. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

## 2.24. Hospital

São os estabelecimentos legalmente habilitados, constituídos e licenciados no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico de seus pacientes.

## 2.25. Início de Vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

## 2.26. Internação Hospitalar

Caracteriza-se Internação Hospitalar do Segurado a internação com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.

## 2.27. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

## 2.28. Migração de Apólices

É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

## 2.29. Nota Técnica Atuarial

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

## 2.30. Período de Cobertura

É aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

## 2.31. Prêmio

É o valor pago à Seguradora, correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro, para que esta assum a responsabilidade pelas garantias contratadas.

**2.32. Proponente**

É a pessoa física que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação formal pela Seguradora.

**2.33. Proposta de Adesão**

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

**2.34. Regulação do Sinistro**

Trata-se do processo de avaliação das causas, conseqüências e circunstâncias do sinistro e do direito à indenização.

**2.35. Riscos Excluídos**

**São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.**

**2.36. Saldamento**

É o direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do capital segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

**2.37. Segurado**

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

**2.38. Segurado Principal**

É o Segurado que mantém vínculo com o estipulante, responsável pelas declarações constantes da proposta de adesão ao seguro.

**2.39. Segurado Dependente**

É o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado principal, devidamente comprovado nas formas da Lei, desde que não sejam seguráveis como segurados Principais, quando incluídos no certificado de seguro.

**2.40. Seguradora**

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

**2.41. Sinistro**

É a ocorrência do risco coberto previsto contratualmente, durante o período de vigência do plano.

**2.42. Vigência da Apólice**

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

**Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**

**Para este tipo de seguro, por se tratar de Regime Financeiro de repartição simples, não está prevista a devolução de prêmios ou provisões técnicas de seguro ao segurado, ao beneficiário ou à estipulante do seguro.**

**2.43. Vigência da Cobertura Individual**

É o período em que o Segurado ou seus beneficiários está coberto pelas garantias deste seguro.

**3. OBJETIVO DO SEGURO**

Este Seguro tem por objetivo garantir a amortização de eventual dívida contraída pelo segurado junto ao estipulante, até o limite dos respectivos capitais segurados, os prejuízos resultantes da ocor-

rência de eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às condições contratuais.**

**4. GARANTIAS DO SEGURO**

As garantias deste seguro podem ser divididas em básicas e adicionais e estarão definidas nas respectivas Condições Especiais. As garantias contratadas estarão devidamente descritas no Contrato e no Certificado Individual do Seguro.

É obrigatória a contratação de pelo menos uma das garantias básicas.

**4.1. Garantias Básicas:**

- a) Morte Qualquer Causa;
- b) Morte Acidental;

**4.1. Garantias Adicionais:**

- a) Invalidez Permanente Total por Acidente;
- b) Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;
- c) Internação Hospitalar por Acidente ou Doença;
- d) Desemprego Involuntário;

**5. RISCOS EXCLUÍDOS**

**Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos decorrentes 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 ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de rebelião, de revolução, agitação, motim, invasão, hostilidades, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- d) **Doenças e/ou condições preexistentes à contratação do seguro não declaradas na proposta de adesão, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto no seguro;**
- e) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) **Suicídio ou tentativa de suicídio nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- g) **Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo;**
- h) **Participação do Segurado em combates ou qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, exceto na prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- i) **Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero.**

**5.1. Exclusão para Atos Terroristas**

**Não estão cobertos danos e perdas causadas direta ou indi-**

**retamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**

## 6. CARÊNCIA E FRANQUIA

É facultada a fixação de carência e franquia para as garantias deste seguro, desde que estabelecido no Contrato.

6.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

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

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

## 7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias do seguro previstas nesta cláusula aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

## 8. CONTRATAÇÃO

Este seguro foi desenvolvido para ser contratado por grupo segurável tal como definido no item 2.23 destas Condições Gerais.

8.1. A apólice é emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante para a confecção da proposta de seguro. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

8.2. Se for constatado que o grupo Segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a Seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese do Estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

8.3. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 2 (dois) meses a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

## 9. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão de Segurados far-se-á da seguinte forma, conforme definido no Contrato:

- a) Automática, quando o Seguro abranger todos os componentes do Grupo Segurável;
- b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os componentes do Grupo Segurável que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

## 10. CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com a opção do Estipulante, ratificada no Contrato do Seguro, o custeio poderá ser:

- a) Contributário: em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
- b) Não Contributário: em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

## 11. ACEITAÇÃO

11.1. A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

11.2. A Seguradora terá o prazo máximo de 15 dias corridos para aceitar ou recusar o risco e/ou suas alterações. O prazo é contado a partir da entrada da proposta na Seguradora.

11.3. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco poderá ser feita apenas uma vez durante este prazo.

**No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco o prazo de 15 dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**

11.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Será considerada automática, caso não haja manifestação em contrário durante o prazo de 15 dias.

11.5. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma comunicação formal com as devida justificativa da recusa.

11.6. No caso de não aceitação de seguro, em que já tenha havido pagamento total do prêmio à Seguradora, os valores pagos serão devolvidos no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos da formalização da recusa, deduzido da parcela "pro-rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a garantia. O período que compreende entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa o segurado terá pleno direito ao seguro.

11.7. Caso o prazo de 10 (dez) dias seja ultrapassado, o prêmio a que se refere o item 11.6, será atualizado monetariamente desde a data do seu recebimento pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva devolução do prêmio.

11.8. Na hipótese da extinção do índice pactuado no item 11.7, deverá ser utilizado o INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

11.9. A aceitação ou renovação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

11.10. A proposta de adesão somente será considerada válida se o proponente atender, simultaneamente, às duas condições abaixo:

- a) Estar com idade compreendida no intervalo de faixa etária, para inclusão do Segurado principal e/ou do cônjuge/companheiro (a) como Segurado dependente, que será definida no Contrato de Seguro;
- b) Estar gozando de boa saúde e apto a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.



## 12. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

12.1. Na adesão ao seguro ou nos casos de aumento do valor do capital segurado, o proponente deverá declarar a existência de quaisquer outros seguros com garantias concomitantes às constantes nesse plano de seguros.

12.2. A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor de prejuízo vinculado à cobertura considerada.

12.3. Na ocorrência de sinistro contemplado por garantias concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as sociedades seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

12.3.1. Será calculada a indenização individual de cada garantia como se o respectivo contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, participações obrigatórias do segurado, limite máximo de indenização da garantia e cláusulas de rateio;

12.3.2. Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada garantia, na forma abaixo indicada:

12.3.2.1. Se, para uma determinada apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas garantias abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo limite máximo de garantia, a indenização individual de cada garantia será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às garantias que não apresentem concorrência com outras apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e limites máximos de indenização. O valor restante do limite máximo de garantia da apólice será distribuído entre as garantias concorrentes, observados os prejuízos e os limites máximos de indenização destas garantias.

12.3.2.2. Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o item 12.3.1.

12.3.4. Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das garantias concorrentes de diferentes apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 12.3.2.

12.3.5. Se a quantia a que se refere o item 12.3.3 for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à garantia concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o segurado a responsabilidade pela diferença, se houver.

12.3.6. Se a quantia estabelecida no item 12.3.3 for maior que o prejuízo vinculado à garantia concorrente, cada sociedade seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele item.

12.4 Esta cláusula se aplica as seguintes garantias:

- Morte Qualquer Causa somente em caso exclusivo de quitação de dívida;
- Morte Acidental somente em caso exclusivo de quitação de dívida;
- Invalidez Permanente Total por Acidente somente em caso exclusivo de quitação de dívida;

## 13. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

13.1. O início e término de vigência do seguro de cada segurado serão definidos nas condições contratuais do seguro.

13.2. Para os casos de propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou de outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

13.3. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento total do prêmio o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.

## 14. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

14.1. A vigência do seguro será discriminada no Contrato, sendo renovada automaticamente, uma única vez. A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

14.2. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

## 15. CAPITAL SEGURADO

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

- Saldo da Dívida: O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro, trazido a valor presente utilizando-se a mesma taxa de juros aplicada nos cálculos do financiamento do segurado, limitado ao valor estabelecido no Contrato;
- Soma das Parcelas: O Capital Segurado será obtido pela somatória das parcelas vincendas no momento da ocorrência do sinistro, limitado ao valor estabelecido no Contrato;
- Valor Fixo: O Capital Segurado, no momento da ocorrência do sinistro, será igual ao valor estabelecido no Contrato;
- Quitação Parcial ou Total das Parcelas: O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro, será o valor da parcela mensal devida limitada ao valor da parcela mensal contratada, que será paga até o número de parcelas mensais contratadas, desde que o Segurado permaneça na condição de sinistrado, de acordo com o estabelecido no Contrato.

## 16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

16.1. Os Capitais Segurados e os prêmios relativos a este Seguro serão corrigidos anualmente ou em periodicidade menor, desde que exista permissão da legislação em vigor, pelo IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, tomando-se por base o índice anual acumulado até o segundo mês anterior ao da renovação do Seguro.

16.2. Na hipótese da extinção do índice pactuado deverá ser utilizado o INPC/IBGE - Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

16.3. O índice e a periodicidade de correção poderão, com anuência do Segurado, ser alterados por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

## 17. CANCELAMENTO E REABILITAÇÃO

17.1. O não pagamento do prêmio único ou anual do seguro por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais acarretará o cancelamento do certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura.

17.2. Para os seguros com prêmios mensais, decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo débito ou documento de cobrança, a cobertura será automaticamente suspensa por um período máximo de 60 (sessenta) dias, sujeitando o Segurado e o Estipulante ou sub-estipulante às cominações legais. Se ocorrer um sinistro, o Segurado ou os beneficiários ficarão sem direito a receber indenização por quaisquer das garantias contratadas.

17.3. Depois de decorrido o período de suspensão, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

17.4. A Seguradora enviará correspondência ao Estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o Estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

17.5. A reabilitação do certificado individual dar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio mensal, respondendo a Seguradora, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

17.6. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

## 18. PAGAMENTO DO PRÊMIO

18.1. O pagamento do prêmio poderá ser feito de forma única ou mensal, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais. Para garantir o direito à cobertura, o Estipulante ou o Segurado deverá efetuar o pagamento do Prêmio do Seguro até a data de vencimento.

18.2. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Estipulante ou Segurado poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, sem que haja suspensão de suas garantias.

18.3. A periodicidade da cobrança e a forma de custeio serão definidas no Contrato.

18.4. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

18.5. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar, não podendo haver estipulação expressa.

## 19. REAJUSTE DO PRÊMIO

19.1. Em caso de prêmio mensal, este será recalculado semestralmente em função das alterações ocorridas no grupo Segurado naquele período. A Seguradora reserva-se o direito de reajustar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao Estipulante, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo Segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

19.2. Qualquer alteração da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

## 20. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

20.1. Os prêmios do seguro serão reavaliados periodicamente, a fim de manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, tendo como base a experiência desde o início de vigência da apólice. Caso seja verificada sinistralidade superior a Sinistralidade Esperada, o prêmio para novas vendas poderá ser reajustado, com prévio aviso ao Estipulante ou Segurado, pela seguinte fórmula:

$$\text{PRÊMIO REAJUSTADO} = \frac{\text{PRÊMIO ATUAL} \times \left( \frac{\text{SINISTROS RETIDOS}}{\text{PRÊMIOS GANHOS}} \right)}{\text{Sinistralidade Esperada}}$$

Onde:

$$\left( \frac{\text{SINISTROS RETIDOS}}{\text{PRÊMIOS GANHOS}} \right) = \text{SINISTRALIDADE}$$

20.1. A Sinistralidade Esperada poderá variar de acordo com o contrato, estando esta definida no Contrato de Seguro.

20.2. Os Prêmios Ganhos referem-se aos valores efetivamente pagos pelo Estipulante (prêmios recebidos), conforme apontado nas faturas mensais, descontados os cancelamentos e a variação de reserva de prêmios não ganhos. Aos prêmios recebidos são descontados os valores referentes aos impostos, comissão, pró-labore, marketing, resseguro e operacionalização do seguro.

20.3. Os Sinistros Retidos referem-se aos sinistros pagos, mais os sinistros avisados (reserva de sinistro a liquidar), mais a reserva de IBNR (provisão de sinistros ocorridos mas não avisados) acumulados até o período.

20.4. A apólice poderá ser cancelada automaticamente, em função do resultado obtido, caso não haja acordo entre as partes quanto à reavaliação do prêmio.

20.5. Para os seguros mensais e contributários, o prêmio dos segurados vigentes só poderá ser reajustado mediante anuência expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.

## 21. COMUNICAÇÕES

21.1. As comunicações do Segurado ou Estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito ou via Central de Atendimento da Seguradora.

21.2. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

## 22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

### 22.1. São Obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente. Caso haja atraso no pagamento de prêmio, haverá cobrança de juros por atraso, conforme definido no Contrato do seguro;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, bem como número do Processo SUSEP do seguro contratado, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o número do Processo SUSEP e percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

### 22.2. É vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus

produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

22.3. A propaganda e a promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro.

22.4. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

## 23. CANCELAMENTO DO SEGURO

### 23.1. O seguro poderá ser cancelado caso:

- a) O Estipulante deixe de efetuar o pagamento de prêmio à Seguradora conforme item 22;
- b) Mediante acordo entre as partes, desde que respeitado o período mínimo de 60 (sessenta) dias, e desde que haja a anuência de no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.

23.2. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

## 24. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

O Segurado é obrigado a comunicar a Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

24.1. A Seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro.

24.1.2. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação.

24.1.2.1. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação positiva do IPCA/IBGE "pró-rata tempore" até a data do efetivo pagamento.

24.2. A garantia de qualquer certificado individual cessa, ainda:

- a) A pedido do Segurado, desde que feito por escrito à Seguradora;
- b) Com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) Com o término de vigência do certificado individual de seguro;
- d) Em caso de cancelamento da Apólice;
- e) Com a exclusão do Segurado da apólice, por falta de pagamento do prêmio, ou;
- f) Com o esgotamento de seus Limites Máximos de Indenização, ou com o esgotamento do Limite Máximo de Indenização de garantias que não se acumulam entre si.

24.3. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada Segurado dependente cessa:

- a) Se o Segurado principal deixar o grupo Segurado;
- b) Com a morte do Segurado principal;

c) No caso de cessação da condição de dependente.

**24.4. Estando o Segurado inadimplente por mais de 60 (sessenta) dias, a Seguradora poderá cancelar automaticamente o contrato do seguro.**

## **25. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**O Segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:**

- a) Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que tenham influenciado na aceitação do seguro e no cálculo do prêmio;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas na apólice, que acarretem agravação intencional do risco coberto;
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas conseqüências;
- d) Por qualquer meio ilícito, procurar obter benefícios do presente contrato.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

### **25.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

1. Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
2. Mediante acordo entre as partes, permitir continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

### **25.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**

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

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

**O segurado está obrigado a comunicar à sociedade 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 sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**

**O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio,**

**calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

## **26. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO**

Ocorrendo o sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como risco excluído, o Segurado/beneficiário deverá entrar imediatamente em contato com o estipulante ou com a Seguradora pela Central de Atendimento, para a obtenção das informações necessárias ao encaminhamento dos documentos referentes ao sinistro, de acordo com cada garantia, conforme definido nas Condições Especiais deste seguro.

### **26.1. Atenção:**

- a) Os documentos deverão ser apresentados em original ou cópia autenticada;
- b) O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- c) As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

### **26.2. Após a entrega da documentação completa, exigida e necessária para regulação do sinistro, a indenização devida deverá ser paga em até 30 (Trinta) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega na Seguradora do último documento exigido.**

### **26.3. Após este prazo são devidos:**

- a) Juros moratórios a partir do último dia previsto para o pagamento. A taxa será a referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, acumulada mensalmente, até o último dia do mês anterior ao do efetivo pagamento, e de 1% (um por cento) no mês de efetivo pagamento;
  - a.1.) Na falta da taxa SELIC, os juros moratórios serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.
  - b) Atualização monetária com base na variação (se positiva) apurada entre o último índice do IPCA/IBGE publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
    - b.1.) O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

### **26.4. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**

**26.5. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer outros documentos além daqueles constantes nas condições especiais do produto, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso a contagem de prazo para liquidação será suspensa, e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem entregues à Seguradora todos documentos exigidos.**

## 27. JUNTA MÉDICA

**27.1. No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora poderá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.**

A junta médica de que trata o “caput” deste item será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade 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 sociedade seguradora.**

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

**27.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei, conforme previsto no Código Civil, art. 206, §§ 1º e 3º, incisos II e IV.**

## 28. PERÍCIA DA SEGURADORA

**28.1. O Estipulante, como representante legal do Segurado, ao assinar a proposta de seguro autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.**

28.2. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.

## 29. BENEFICIÁRIOS

**Os beneficiários de cada cobertura serão aqueles definidos no Contrato do seguro.**

## 30. INDENIZAÇÃO

Todas as indenizações serão efetuadas no Brasil e em moeda nacional.

## 31. FORO

As questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora serão processadas no foro de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

**CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO  
DE PROTEÇÃO FINANCEIRA**  
PROCESSO SUSEP Nº 15414.100657/2002-51  
GARANTIDO POR ASSURANT SEGURADORA S.A.  
CNPJ: 03.823.704/0001-52

## CLÁUSULA 1ª – COBERTURA DE MORTE QUALQUER CAUSA

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Morte Natural ou Acidental do Segurado, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Contrato deste Seguro, durante a vigência do seguro.

### 2. BENEFICIÁRIO

O primeiro beneficiário será o próprio estipulante, pelo valor do

saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao capital segurado, devendo a diferença que ultrapassar o saldo, quando for o caso, ser paga a um segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ou a seus herdeiros legais do segurado.

### 3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

**Todos os riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais.**

### 4. ELEGIBILIDADE

Para as garantias de Morte Natural e Morte Acidental, são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

### 5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Morte Natural, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito e para Morte Acidental, tomar-se-á como data do sinistro a data do acidente.

### 6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou Representante Legal do Segurado e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) Em caso de morte não determinada na Certidão de Óbito, encaminhar também Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado.

6.1. Em caso de falecimento decorrente de **Morte Acidental**, além dos documentos solicitados para as garantias de morte natural, exige-se também:

- a) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
- b) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- c) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).

### CLÁUSULA 2ª - GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

#### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, é garantido ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado estabelecido no Contrato deste Seguro, durante a vigência do seguro.

**Para efeito deste seguro, considera-se Invalidez Permanente e Total por Acidente a perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente, com ocorrência de um ou mais dos eventos a seguir:**

- a) **Perda total da visão de ambos os olhos;**
- b) **Perda total do uso de ambos os membros superiores;**
- c) **Perda total do uso de ambos os membros inferiores;**

- d) **Perda total do uso de ambas as mãos;**
- e) **Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;**
- 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.**

## **2. BENEFICIÁRIO**

O primeiro beneficiário será o estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso, limitado ao Capital Segurado havendo capital remanescente, será pago ao segurado.

## **3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO**

**Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:**

- a) **intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b) **doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- c) **perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.**

## **4. ELEGIBILIDADE**

Para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente, são elegíveis todas as pessoas físicas que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

## **5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO**

Para fins de indenização de sinistro de Invalidez Permanente por Acidente, tomar-se-á como data do sinistro a data do acidente.

## **6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou seu Representante Legal e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do acidente sofrido pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
- c) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, se houver;
- d) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- e) Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado.

## **7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES**

**As indenizações de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado não se acumulam.**

**7.1. Ocorrendo a Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, o Seguro será cancelado.**

## **CLÁUSULA 3ª - GARANTIA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO**

### **1. O QUE ESTÁ COBERTO**

Em caso de Desemprego Involuntário do Segurado, é garantido o pagamento de indenização junto ao Estipulante, limitado ao valor e da forma estabelecida no Contrato de Seguro.

**1.1. Para efeito deste seguro, considera-se Desemprego Involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa, de atividade remunerada regida pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).**

### **2. BENEFICIÁRIO**

O beneficiário será o estipulante.

### **3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO**

**Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:**

- a) **Demissão por justa causa;**
- b) **Renúncia ou Perda Voluntária do vínculo empregatício;**
- c) **Aposentadoria;**
- d) **Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;**
- e) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) **Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato;**
- g) **Trabalho de Profissionais Liberais ou Funcionários que tenham cargo de eleição pública, que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;**
- h) **Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um emprego no mesmo período;**
- i) **Casos de falência, concordata ou dissolução da empresa em que o segurado não possua os documentos necessários, exigidos nestas condições, para comprovação da rescisão do contrato de trabalho.**

### **4. ELEGIBILIDADE**

Para a garantia de Desemprego Involuntário, são elegíveis todas as pessoas físicas, que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

**4.1. Para fins desta cobertura, deverá ser comprovado, na data do sinistro, um período mínimo de 06 (seis) ou 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, conforme definido no Contrato, e com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.**

**4.2. Para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário, é necessário que se comprove, pelo menos 12 (doze) meses consecutivos de trabalho entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro decorrente de perda involuntária de emprego.**

## 5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Desemprego Involuntário, tomar-se-á como data do sinistro a data da baixa do Contrato de Trabalho do Segurado, do efetivo desligamento com o empregado.

## 6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

- a) Cópia autenticada da Carteira Profissional (CTPS) do segurado – envio mensal;
  - Página da Identificação Visual (foto);
  - Página da Qualificação Civil (verso da foto);
  - Página imediatamente anterior a do último contrato de trabalho;
  - Página do Contrato de Trabalho, onde consta a admissão e demissão;
  - Página Posterior a do Contrato de trabalho (mesmo em branco);
- b) Cópia autenticada do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho, com assinatura e carimbo do Órgão Homologador (TRT ou Sindicato)
- c) Cópia autenticada da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego;
- d) Cópia autenticada do RG e CPF do segurado.

## CLÁUSULA 4ª - GARANTIA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

Em caso de Incapacidade Física Total e Temporária por acidente ou doença do Segurado, é garantido o pagamento de indenização junto ao Estipulante, limitado ao valor e da forma estabelecida no Contrato de Seguro.

**1.1. Para efeito deste seguro, considera-se Incapacidade Física Total e Temporária aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**

### 2. BENEFICIÁRIO

O beneficiário será o estipulante.

### 3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

**Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUIDOS e 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:**

- a) **As doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;**
- b) **A hospitalização para “check-up”;**
- c) **Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) **Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**

- e) **As cirurgias plásticas e suas conseqüências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- f) **Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- g) **Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- h) **Os procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- i) **As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);**
- j) **As anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- k) **Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas conseqüências;**
- l) **Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- m) **As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- n) **As doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;**
- o) **As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protuções discais degenerativas;**
- p) **Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias.**

### 4. ELEGIBILIDADE

Para a garantia de Incapacidade Física Temporária por acidente ou doença, são elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possuam comprovação de renda e de atividade, que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no intervalo de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

**4.1. Para fins de elegibilidade para esta cobertura, deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade temporária e outro.**

### 5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença, tomar-se-á como data do sinistro a data do acidente ou do diagnóstico da doença geradora da Incapacidade.

### 6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

- a) Formulário Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e/ou seu Repre-

- sentante Legal e pelo Médico Assistente do mesmo, com firma reconhecida das assinaturas;
- b) Atestado Médico (original ou cópia autenticada), constando o início e o término do período de incapacidade;
  - c) Cópia autenticada e/ou original dos exames comprobatórios do(a) acidente ou doença sofrido(a) pelo segurado (laudos e filmes), realizados em Clínicas, Consultórios e Hospitais;
  - d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência (BO), emitido por autoridade policial, em caso de acidente, se houver;
  - e) Em caso de acidente de trânsito com veículo dirigido pelo Segurado, encaminhar cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
  - f) Cópia autenticada dos documentos comprobatórios da condição de autônomo – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

## **CLÁUSULA 5ª - GARANTIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA**

### **1. O QUE ESTÁ COBERTO**

Em caso de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença do Segurado é garantido o pagamento de indenização junto ao Estipulante, limitado ao valor e da forma estabelecida no Contrato de Seguro.

**1.1. Para efeito deste seguro, considera-se Internação Hospitalar aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer qualquer atividade remunerada, que acarrete em internação hospitalar, por um período contínuo e superior ao da franquia, e que na data do pagamento de suas obrigações, cobertas por este seguro, o mesmo ainda se encontre internado.**

### **2. BENEFICIÁRIO**

O beneficiário será o estipulante.

### **3. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO**

**Além dos riscos mencionados nos itens 5 - RISCOS EXCLUÍDOS e 25 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia:**

- a) **As doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas diretas ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- b) **As doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste contrato de seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que a internação hospitalar seja decorrente de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;**
- c) **A hospitalização para “check-up”, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) **O tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**

- e) **As cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- f) **Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- g) **Os procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- h) **As anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- i) **As lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dormio facial, cerviobrachialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados à DORT);**
- j) **Os tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas conseqüências;**
- k) **Luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- l) **As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- m) **As doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide e osteoartrose;**
- n) **As lombalgias, lombociatalgias ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protuções discais degenerativas;**
- o) **Laserterapia, Escleroterapia e Microcirurgia de varizes em membros inferiores e superiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- p) **Os tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- q) **Internações ocorridas durante o período de carência, estabelecida no Contrato.**

**2.1. Estão também excluídas da cobertura deste seguro, as internações em estabelecimento não considerados como sendo hospitalares, tais como:**

- a) **Instituições para atendimento de deficientes mentais, de tratamento psiquiátrico, incluindo departamento psiquiátrico de hospital;**
- b) **Local de internação de idosos, do tipo asilo, casa de repouso e similares;**
- c) **Instituições de recuperação de viciados em álcool e drogas;**
- d) **Clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;**
- e) **Clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentes e doenças;**
- f) **Estâncias hidrominerais, “spa” (ou assemelhadas), e/ou internação domiciliar.**

### **4. ELEGIBILIDADE**

Para a garantia de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, são elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que não possuem comprovação de renda e atividade, que tenham vínculo com o Estipulante, com idade compreendida no in-



terval de faixa etária, definida no Contrato de Seguro, que estejam gozando de boa saúde e aptos a exercer atividade profissional no momento da contratação do Seguro.

**4.1. Para fins desta cobertura, deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade temporária e outro.**

## 5. CARACTERIZAÇÃO DO SINISTRO

Para fins de indenização de sinistro desta cobertura, a internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta ou óbito do paciente, observados os limites estabelecidos no Contrato.

## 6. DOCUMENTAÇÃO GENÉRICA NECESSÁRIA PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- a) Cópia do Prontuário Hospitalar;  
Declaração da entidade hospitalar constando: 1. Nome do segurado, 2. Data da internação e da alta médica, 3. Diagnóstico detalhado, 4. Descrição do procedimento, exames médicos realizados, tratamento ou cirurgias realizadas.
- b) Identificação do médico (s) assistente (s);
- c) Todos os resultados de exames comprobatórios do acidente ou doença, de Clínicas, Consultórios e Hospitais, exames laboratoriais, laudo do médico-assistente e quaisquer outros documentos referentes ao evento.
- d) Declaração médica do tempo previsto para recuperação do Segurado;
- e) Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) quando o caso exigir;
- f) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- g) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML) quando realizado;
- h) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- i) Relatórios médicos e laudo pericial que comprove a incapacidade do Segurado por doença;
- j) Documento comprobatório da condição de autônomo (Cópia da declaração de Imposto de Renda, Registro de autônomo no INSS ou GFIP).

**REGULAMENTO DA CAPITALIZAÇÃO**  
**PROCESSO SUSEP Nº 15414.002937/2012-77**  
**GARANTIDO POR ICATU CAPITALIZAÇÃO S.A.**  
**CNPJ: 74.267.170/0001-73**

A AON AFFINITY do Brasil Serviços Corretora de Seguros Ltda., doravante denominada Promotora, é proprietária de Títulos de Capitalização, da modalidade incentivo, emitidos e administrados pela ICATU CAPITALIZAÇÃO S.A., CNPJ/MF sob o nº 74.267.170/0001-73, aprovados pela SUSEP conforme Processo Nº. 15414.002937/2012-77.

Ao aderir ao Seguro de Proteção Financeira - **Previdente**, cujo período de cobertura individual é de 1 (um) ano e atender às condições estabelecidas neste regulamento, o Segurado terá direito a 04 (quatro) sorteios mensais nos últimos quatro sábados do mês, no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) cada, líquido de Imposto de Renda, conforme legislação vigente, a partir do mês seguinte à

adesão ao seguro e durante o período de vigência do seguro.

A promoção comercial será realizada em abrangência Nacional e iniciará a partir do mês imediatamente seguinte ao primeiro pagamento do prêmio do seguro, sendo que a promoção continuará vigente enquanto o segurado estiver em dia com o respectivo pagamento.

Os sorteios serão apurados com base nas extrações da Loteria Federal do Brasil, nos últimos quatro sábados de cada mês, considerando o mês subsequente ao da adesão e pagamento do prêmio de seguro. Não ocorrendo extração da Loteria Federal em uma das datas previstas, o sorteio correspondente será adiado para a primeira extração que vier a ser por ela realizada até o dia que anteceder à respectiva extração subsequente.

Os resultados da Loteria Federal do Brasil poderão ser acompanhados por meio do site [http://www1.caixa.gov.br/loterias/loterias/ultimos\\_resultados.asp](http://www1.caixa.gov.br/loterias/loterias/ultimos_resultados.asp), bem como em todas as Casas Lotéricas do Brasil.

Será contemplado o certificado, cujo NÚMERO DA SORTE informado no certificado de seguro, coincida, da esquerda para a direita, com as unidades dos 5 (cinco) primeiros prêmios extraídos pela Loteria Federal, lidos de cima para baixo.

Para exemplificar a combinação sorteada considere os seguintes prêmios da Loteria Federal:

1º prêmio da Loteria Federal 6 8 5 8 1

2º prêmio da Loteria Federal 8 7 9 6 2

3º prêmio da Loteria Federal 3 4 7 6 4

4º prêmio da Loteria Federal 2 1 4 3 9

5º prêmio da Loteria Federal 6 3 2 1 5

**Número da sorte: 12.495**

O contemplado no sorteio será avisado por meio de contato telefônico e só terá direito ao recebimento da premiação se adimpliu ao pagamento do prêmio de seguro.

A promotora obriga-se a identificar todos os participantes, cessionários dos direitos dos eventuais Títulos integralmente cedidos, bem como os ganhadores dos prêmios de sorteio.

A Sociedade de Capitalização, ICATU CAPITALIZAÇÃO S.A, efetuará o pagamento do prêmio ao contemplado, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, contado da data da realização do sorteio, desde que o contemplado apresente cópia da identidade e CPF válidos, além de comprovante de residência atualizado (expedido no máximo há 180 dias da apresentação devendo, ainda, informar profissão e renda, bem como assinar termo de recebimento e quitação do valor do prêmio.

A aprovação do Título de Capitalização pela SUSEP não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua aquisição, representando exclusivamente, sua adequação às normas em vigor. O consumidor poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de capitalização, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.



ASSURANT  
Solutions