

CONDIÇÕES GERAIS

Este documento contempla as informações das seguintes Condições Gerais:

Processo 15414.001501/2005-31: Prestamista com Garantia de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária (Página 2)

Processo 15414.001852/2008-95: Perda de Renda - Contas de Consumo (Página 23)



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 77

Seguro de Pessoas

**Prestamista com Garantia de Desemprego Involuntário e
Incapacidade Física Total e Temporária**

Processo 15414.001501/2005-31

**São Paulo – SP
24 de janeiro de 2013**



ÍNDICE:

CONDIÇÕES GERAIS	
1.	OBJETIVO 3
2.	DEFINIÇÕES..... 3
3.	GARANTIAS..... 5
3.1.	Garantia Básica de Morte..... 5
3.2.	Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente 6
3.3.	Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença..... 7
3.4.	Garantia Adicional de Desemprego Involuntário 10
3.5.	Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária..... 10
4.	CARÊNCIAS..... 12
5.	FRANQUIAS..... 12
6.	CAPITAL SEGURADO..... 12
7.	ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS..... 13
8.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 14
9.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS 14
10.	INCLUSÃO DE SEGURADOS 14
11.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 15
12.	CERTIFICADO INDIVIDUAL..... 15
13.	CUSTEIO DO SEGURO 15
14.	PRÊMIO DE SEGURO..... 15
15.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO..... 15
16.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO..... 16
17.	SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO 16
18.	RESCISÃO CONTRATUAL 17
19.	PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO 17
20.	PAGAMENTO DE SINISTROS..... 18
21.	PERDA DE DIREITOS 19
22.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO 19
23.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO 19
24.	ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS..... 20
25.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 20
26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO..... 20
27.	SUB-ROGAÇÃO..... 20
28.	TRIBUTOS..... 20
29.	FORO 21
30.	DISPOSIÇÕES GERAIS 21



1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao estipulante, relacionado a dívida contraída pelo segurado, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído da cobertura securitária”.

2. DEFINIÇÕES

- a) **Acidente Pessoal:** 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:
- a.1) Incluem-se nesse conceito:
- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - Os acidentes decorrentes de 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.
- a.2) Excluem-se desse conceito:
- As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.
- b) **Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.
- c) **Beneficiário(s):** É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), cedente (s) do financiamento ou serviço, à quem (às quais) deve ser paga a indenização na hipótese de ocorrência do sinistro.
- d) **Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.



- e) **Carência:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado no Certificado Individual, em que as garantias contratadas não terão cobertura.
- f) **Certificado Individual:** Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- g) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.
- h) **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
- i) **Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- j) **Doença Preexistente:** É toda doença, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica, ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual o segurado tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação do seguro.
- k) **Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- l) **Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) **Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado Individual, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.
- n) **Grupo Segurável:** É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- o) **Grupo Segurado:** É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- p) **Indenização:** É o valor que a Seguradora efetivamente paga 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.
- q) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- r) **Instituição Financeira:** Para fins deste seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física segurada de uma apólice do seguro de proteção financeira, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito, e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no contrato do seguro.
- s) **Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista no contrato, para obtenção das garantias e coberturas previstas no Certificado Individual.



- t) **Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- u) **Proposta de Adesão:** É o documento preenchido e assinado pelo proponente, solicitando sua inclusão no Seguro.
- v) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou no Certificado Individual que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- w) **Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- x) **Seguradora:** É a Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- y) **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 gerais, especiais contrato, caso se produza o evento coberto.
- z) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- aa) **Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e contrato, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

3. GARANTIAS

As garantias do seguro dividem-se em:

3.1. Garantia Básica de Morte

Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

3.1.1. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.1.2. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- d) Atos ilícitos ou doloso ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) segurado(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;



- e) **Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).**
- h) **Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.**

3.2. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente

Objetivo: Garante o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, caso o segurado venha a ficar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

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

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

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

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

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

3.2.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.2.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

3.2.6. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.



3.2.6.1. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.

3.2.7. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.2.8. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- d) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- e) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;
- f) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- j) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- k) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- l) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

3.3. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Objetivo: Garante o pagamento do capital segurado contratado ao beneficiário, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

3.3.1.1. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem



- prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) **Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) **Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;**
 - f) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
 - g) **Deficiência visual, decorrente de doença:**
 - g1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - g2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - g3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;**
 - g4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.**
 - h) **Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
 - i) **Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
 - i1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**
 - i2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;**
 - i3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

3.3.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma indenização.

3.3.4. A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença, deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item **3.2.1**.

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

3.3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

3.3.7. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

3.3.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica



será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

3.3.9. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

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

3.3.10.1. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.

3.3.11. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.3.12. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo

3.3.13. Excluem-se, ainda, da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;
- d) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;;
- e) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- h) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.



3.4. Garantia Adicional de Desemprego Involuntário

3.4.1.**Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Desemprego Involuntário, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado Individual.

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

Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para o mesmo empregador ou para um novo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais, estará elegível à indenização de um novo evento de desemprego.

3.4.3.**Riscos Excluídos:** Estão excluídas da cobertura de Desemprego Involuntário as seguintes situações:

- a) **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) **Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- c) **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**
- d) **Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) **Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- g) **Falência;**
- h) **Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- i) **Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- j) **Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- k) **Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.**

3.5. Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária

3.5.1.**Objetivo:** Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado Individual.

3.5.2.**Incapacidade Física Total e Temporária:** Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em decorrência de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado Individual.



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

Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 19, “Procedimento em Caso de Sinistro”, destas Condições Gerais, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro. Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, onde o segurado tenha sido indenizado, somente após 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização de um novo evento de Incapacidade Física Temporária.

3.5.4. **Riscos Excluídos:** Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- d) incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;
- e) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;
- f) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- g) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- j) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- k) Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- l) Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- m) O choque anafilático, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.
- n) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- o) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- q) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- r) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes;



- s) **Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.**
- t) **Estão excluídos ainda, da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.**
- u) **Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).**

3.6. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

3.7. O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte.

4. CARÊNCIAS

4.1. **A carência, observado o disposto no sub item “e” do item 2, quando houver, será determinado no Certificado Individual.**

4.2. 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.

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

4.4. 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.

4.5. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

5. FRANQUIAS

Quando houver, será determinado no Certificado Individual.

6. CAPITAL SEGURADO

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

a) **Saldo da Dívida:** O Capital Segurado será equivalente ao saldo da dívida no momento da ocorrência do sinistro.

b) **Soma das Parcelas/Fatura a vencer:** O Capital Segurado será obtido pela somatória das parcelas a vencer no momento da ocorrência do sinistro, limitado ao valor estabelecido no Certificado Individual;

c) **Valor Fixo:** O Capital Segurado, no momento da ocorrência do sinistro, será igual ao valor estabelecido no Certificado Individual;

d) **Quitação Parcial ou Total das Parcelas/Fatura:** O Capital Segurado no momento da ocorrência do sinistro, será o valor da parcela/fatura mensal devida limitada ao valor da parcela mensal contratada, que será paga até o número de parcelas / faturas mensais contratadas, desde que o



Segurado permaneça na condição de sinistrado, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.

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

- a)** Cobertura de Morte: data da ocorrência do evento coberto.
- b)** Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: data da ocorrência do acidente.
- c)** Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: data do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, indicada na declaração médica.
- d)** Cobertura de Desemprego Involuntário: data da ocorrência do evento coberto.
- e)** Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária:
 - e.1) Por acidente: data da ocorrência do acidente.
 - e.2) Por doença: data indicada no relatório médico.

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

7. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS

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

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

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

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

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

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

7.6. Não haverá atualização monetária dos seguintes valores:

7.6.1. Do capital segurado, uma vez que esta proporcional ao saldo devedor, líquido de juros e correção monetária, apurado na data do sinistro, estabelecido no ato da assinatura do compromisso assumido pelo segurado junto ao estipulante/beneficiário e informado mensalmente pelo estipulante à seguradora, para cálculo do prêmio mensal.

7.6.2. Do prêmio, pois já foi considerado no cálculo do risco, que o capital segurado pode flutuar durante a vigência do crédito. Então, a precificação já considera um capital segurado médio.

7.6.3. Do capital segurado e do prêmio, quando o valor estipulado como capital segurado for um valor fixo em reais.



8. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** Não há reintegração para as garantias de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.
- 8.2.** Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática.

9. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

- 9.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.2.** Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.
- 9.3.** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado Individual. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 9.4. Em caso de não-aceitação da proposta de seguro, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.**
- 9.4.1. O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.**
- 9.4.2. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 9.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.**
- 9.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).**

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 10.1.** A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo obrigatório para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde.
- 10.2.** A inclusão dos segurados na apólice será determinada no contrato e poderá ser compulsória, quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade descritas no item 3 destas Condições Gerais; ou facultativa, quando o seguro abranger os clientes do Estipulante que tiverem sua inclusão expressamente declarada, observado ainda o disposto no item 10 destas Condições Gerais.



11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1. O plano de 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.**
- 11.2.** O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado Individual.
- 11.3.** O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Certificado Individual, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
- 11.3.1.** As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.
- 11.4.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no contrato.
- 11.5.** Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora, ressalvado o disposto no item 11.2.

12. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

13. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributivo, parcialmente contributivo ou não contributivo, conforme indicado no Contrato.

- a) **Contributivo:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- b) **Parcialmente Contributivo:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- c) **Não Contributivo:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

14. PRÊMIO DE SEGURO

- 14.1.** O prêmio de seguro será determinado no Certificado Individual.
- 14.2.** Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no contrato do Seguro.
- 14.3.** Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ dos segurados, de acordo com Código Civil e Resolução CNSP 107/2004.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

- 15.1.** O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.
- 15.1.1.** A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.



- 15.1.2. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.
- 15.2.** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.3.** Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.
- 15.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante 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.**
- 15.4.1. **No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.**
- 15.4.2. **Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.**
- 15.4.3. **Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no Contrato do Seguro.**
- 15.4.4. **O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.**
- 15.5.** Entretanto, observado o disposto no item 15.4, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.
- 15.6.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

16.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

- 16.1.1. automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;
- 16.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- 16.1.3. Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- 16.1.4. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

16.2. Na hipótese do segurado, 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 a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

17. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do sub item 15.4 destas Condições Gerais.



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

18. RESCISÃO CONTRATUAL

18.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

19. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

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

19.1.1. Garantia Básica de Morte:

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

19.1.2. Garantia 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.

19.1.3. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

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

19.1.4. Garantia Adicional de Desemprego Involuntário:

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



19.1.5. Garantia Adicional de Incapacidade Física Total e Temporária

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

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

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

19.4. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

19.4.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

20. PAGAMENTO DE SINISTROS

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

20.2. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação, conforme especificado no item 20 desta condição.

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

20.4. A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia ao Estipulante serão determinadas no Contrato do seguro, e terão por objetivo amortizar dívida vigente na data do evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

20.5. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 20.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de



mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

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

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- c) 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.

21.2. 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.

21.2.1. 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.

21.2.2. 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.

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

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

22. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

23. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

23.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

23.2. A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

23.3. Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.



23.4. A distribuição do excedente técnico será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

23.5. As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no Contrato.

23.6. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no Contrato do Seguro.

24. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

24.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro 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, três quartos do grupo segurado.

24.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 24.1.

24.2.1. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

25. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

25.1. As garantias de morte e invalidez permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

25.2. As garantias de desemprego involuntário e incapacidade física total e temporária abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

27. SUB-ROGAÇÃO

No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

28. TRIBUTOS

28.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

28.2. Os prêmios de seguro incluem todos os tributos, impostos, taxas, contribuições e outros encargos governamentais, de qualquer natureza, incidentes sobre os mesmos, tais como, sem limitação, o Programa de Integração Social - PIS e a Contribuição para a Seguridade Social - COFINS.

28.3. O prêmio deverá ser pago integralmente à Seguradora, para que esta proceda ao devido recolhimento do Imposto sobre Operações Financeiras – IOF.

28.4. Havendo qualquer alteração na legislação tributária, que implique na majoração das alíquotas dos tributos atualmente aplicáveis, os valores dos prêmios serão reajustados de forma a refletir tal alteração.



29. FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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



**BNP PARIBAS
CARDIF**

CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 90

**Seguro de Perda de Renda
Processo SUSEP nº 15414.001852/2008-95**

**São Paulo – SP
Julho de 2011**



ÍNDICE:

1.	OBJETIVO.....	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	COBERTURAS DO SEGURO	4
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	5
5.	BENEFICIÁRIO	6
6.	CARÊNCIA	6
7.	FRANQUIA	7
8.	CAPITAL SEGURADO.....	7
9.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES	7
10.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	7
11.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	8
12.	PRÊMIO DE SEGURO.....	8
13.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	9
14.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	11
15.	RESCISÃO CONTRATUAL	11
16.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	11
17.	PAGAMENTO DE SINISTROS.....	12
18.	PERDA DE DIREITOS	12
19.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO	13
20.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	13
21.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	13
22.	FORO	13
23.	DISPOSIÇÕES GERAIS	13



1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, o pagamento de uma indenização em decorrência dos eventos previstos e cobertos nestas Condições Gerais.

2. DEFINIÇÕES

- a) **Acidente Pessoal:** 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:
- a.1) Incluem-se nesse conceito:
- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
 - Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - Os acidentes decorrentes de 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.
- a.2) Excluem-se desse conceito:
- As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.
- b) **Beneficiário(s):** O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado, ou seu representante legal.
- c) **Benefício:** Importância estabelecida para a indenização mensal, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.
- d) **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- e) **Carência:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado contratado.
- f) **Certificado de Seguro:** Documento entregue a cada Segurado, emitido pela Seguradora, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- g) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e de seu representante legal.



- h) **Corretor de Seguros:** 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.
- i) **Doença:** Processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- j) **Doença Preexistente:** Doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de adesão.
- k) **Estipulante:** Pessoa Física ou Jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- l) **Evento Coberto:** Acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- m) **Franquia:** Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado de Seguro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização durante este período.
- n) **Indenização:** Valor que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seu representante legal em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- o) **Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- p) **Prêmio do Seguro:** Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- q) **Proponente:** Pessoa Física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- r) **Proposta de Adesão:** Documento com 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- s) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- t) **Segurado:** Pessoa física que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas no Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.
- u) **Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.
- v) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Desemprego Involuntário

- a) Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, na ocorrência de Desemprego Involuntário, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado de Seguro.



- b) Considera-se Desemprego Involuntário a dispensa sem justa causa por parte do empregador, de uma atividade remunerada, regida pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).
- c) O segurado deverá possuir vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, e comprovar na data da ocorrência do evento um período mínimo, que será estabelecido no Certificado de Seguro, de 6 (seis) a 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

3.1.c.1. Após um evento de desemprego em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a uma nova indenização após comprovar novamente um período mínimo de 6 (seis) a 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data da ocorrência do sinistro.

3.2. Incapacidade Física Total Temporária

- a) Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em decorrência de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, sendo a forma de pagamento e os valores máximos indenizáveis definidos no Certificado de Seguro.
- b) O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado, e exames que comprovem a incapacidade física total temporária.
- c) O segurado deverá ser profissional liberal ou autônomo, com comprovação da atividade exercida através de documentos que comprovem a atividade autônoma.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídas da cobertura de Desemprego Involuntário as seguintes situações:

- a) **Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) **Demissão por justa causa do trabalhador segurado;**
- c) **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**
- d) **Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;**
- e) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) **Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- g) **Falência;**
- h) **Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- i) **Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- j) **Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.**

4.2. Estão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**



- c) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de Seguro;
- d) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- e) Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;
- f) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- g) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;
- h) Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;
- i) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) Qualquer tipo de hérnia, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- k) Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- l) O choque anafilático, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.
- m) Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
- n) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia (s) e período (s) de convalescença a ele relacionado;
- o) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- q) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- r) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- s) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;
- t) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado por este seguro;
- u) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.);
- v) Profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.

5. BENEFICIÁRIO

O beneficiário deste seguro é o próprio Segurado ou seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

6. CARÊNCIA

6.1. O limite máximo estabelecido como prazo de carência será de até 2(dois) anos.

- a) Para estas coberturas, não haverá prorrogação de vigência.

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



6.3. Não haverá carência para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

7. FRANQUIA

A franquia, quando houver, estará definida no Certificado de Seguro e poderá ser:

7.1. Desemprego Involuntário: até 31 (trinta e um) dias.

7.2. Incapacidade Física Total Temporária: até 15 (quinze) dias.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor máximo de cada cobertura contratada a ser pago ao Segurado.

8.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:

a) Desemprego Involuntário: data do Desemprego Involuntário do Segurado;

b) Incapacidade Física Total e Temporária:

8.2.b.1. Por acidente: data da ocorrência do acidente.

8.2.b.2. Por doença: data indicada no relatório médico.

8.3. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8.4. Para as coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária, a reintegração do capital segurado será automática, determinada no Certificado de Seguro.

9. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

9.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados anualmente pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

9.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGP-M/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

9.3. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

10.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

10.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento.

10.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

10.4. No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao proponente, justificando o motivo da recusa. A ausência



de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

- 10.5. **Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.**
- 10.6. No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1. O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.
- 11.2. O prazo de vigência deste seguro será estabelecido no Certificado de Seguro, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
- a) A renovação automática não se aplica aos segurados que comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência do seguro.
- b) As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa e o Segurado receberá novo Certificado de Seguro a cada renovação.
- 11.3. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Certificado de Seguro.
- 11.4. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.
- 11.5. 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 $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 11.6. **Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**

12. PRÊMIO DE SEGURO

- 12.1. O prêmio de seguro será definido no Certificado do Seguro, conforme a opção de plano.
- 12.2. Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Certificado de Seguro.
- 12.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de no mínimo $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.



12.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

13.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou fracionados.

- a) O pagamento de prêmio de forma mensal, trimestral, semestral ou anual não caracteriza o fracionamento financeiro do prêmio.
- b) A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.
- c) Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

13.2. É garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros.

13.3. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

13.4. Se o sinistro ocorrer **dentro do prazo de pagamento do prêmio** à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

13.5. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

13.6. **Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante 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.**

- a) **No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.**
- b) Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.
- c) **Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências e franquias, conforme definido no Certificado de Seguro.**

13.7. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto.



13.7.1 Tabela de Prazo Curto

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

13.7.2 Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

13.7.3 A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

13.7.4 O prêmio fracionado deve ser pago em parcelas mensais e sucessivas.

13.8. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Certificado de Seguro.

13.9. 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 ou o Estipulante 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.

13.9.1 O prazo de suspensão por inadimplemento será de no máximo 90 (noventa) dias, conforme estabelecido no Certificado de Seguro. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

13.10. Entretanto, observado o disposto no item **13.9**, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

13.11. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio de seguro, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.



- 13.12.** Fica reservado à Seguradora o direito de recalculer o prêmio no fim da vigência deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas. As alterações previstas serão demonstradas por estudos técnicos-atuariais. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, às novas operações.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

- 14.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:**

- a) Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice dentro dos 30 (trinta) primeiros dias de vigência, sendo lhe ainda devolvido o valor do prêmio eventualmente pago.
- b) Automaticamente, quando do término do período de vigência do Certificado de Seguro, se este não for renovado;
- c) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, quando houver;
- d) Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- e) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias.
- f) A qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento, sem direito à devolução de prêmios pagos;
- g) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora;
- h) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;
- i) Na hipótese do Segurado ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

15. RESCISÃO CONTRATUAL

- 15.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.**

- 15.2.** Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 16.1.** Na ocorrência do sinistro, o segurado ou seu representante legal, deverá encaminhar para a Seguradora, um comunicado com o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e comprovante de endereço do Segurado, acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

16.1.1 Cobertura de Desemprego Involuntário:

- a) Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco.
 - a1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado será determinada no Certificado de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego involuntário, para continuidade do processo de indenização.
 - a2) Nos seguros que possuem franquias, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido no Certificado de seguro.
- b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado



com a discriminação das verbas rescisórias.

16.1.2 Cobertura 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) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma podendo ser:
 - c1) Última declaração do Imposto de Renda, ou;
 - c2) Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
 - c3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - c4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - c5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.
- d) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

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

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

17. PAGAMENTO DE SINISTROS

17.1. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no item 16, para a Seguradora.

17.2. Caso haja solicitação de nova documentação e/ou informação complementar, o prazo para liquidação do sinistro será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

17.3. Quando o pagamento da indenização não for efetuado dentro do prazo estabelecido no item 17.1, o valor será atualizado pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento da indenização.

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

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.2. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a.1) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

a.2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.



- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - b.1) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b.2) 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 restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - c) 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.
- 18.3. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**
- 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.
- 18.4. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado ou seu representante legal:**
- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
 - b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.
- 19. PRAZO DE PRESCRIÇÃO**
Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 20. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**
As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.
- 21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**
A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 22. FORO**
As questões judiciais, entre o Segurado ou seu representante legal e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso.
- 23. DISPOSIÇÕES GERAIS**
- 23.1.** As partes se submetem às normas brasileiras do seguro e da presente apólice.
 - 23.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.



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