

**CONDIÇÕES GERAIS SEGURO
PANPROTEGE CONSIGNADO**

Sumário

GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS.....	3
CONDIÇÕES GERAIS PANPROTEGE CONSIGNADO.....	7
1. OBJETIVO DO SEGURO	7
2. PARTES CONTRATANTES.....	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
5. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE.....	10
6. CAPITAL SEGURADO	10
7. CARÊNCIAS	10
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
9. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	11
10. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	12
11. PAGAMENTO DE PRÊMIO	12
12. CANCELAMENTO DO SEGURO	13
13. PERDA DE DIREITOS	13
14. BENEFICIÁRIOS	14
15. REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	15
16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	15
17. JUNTA MÉDICA	16
18. PERÍCIA DA SEGURADORA	16
19. FORO.....	16
20. ÂMBITO GEOGRÁFICO	16
21. PRESCRIÇÃO	16
22. DISPOSIÇÕES FINAIS	16

GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS

1. **Acidente Pessoal:**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) **Incluem-se, ainda, nesse conceito:**

- 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 da 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b) **NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal:**

- **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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 consequentes 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 microneutas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo - 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 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, conforme definido neste item.**

2. **Apólice:**

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

3. **Beneficiário:**

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

4. **Capital Segurado:**

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

5. **Carência (prazo de carência):**

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

6. **Certificado Individual:**

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação

Seguro, você vai mais longe.

coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

7. Coberturas:

São as garantias contratadas pelo Segurado e concedidas pela Seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas Condições Gerais.

8. Condições Contratuais:

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Particulares, da apólice e, quando for o caso de Plano Coletivo, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

9. Condições Gerais:

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

10. Contrato:

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

11. Consignante:

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

12. Corretor:

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

13. Doença Preexistente:

É toda doença, inclusive as congênitas, que o Segurado sabia ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão.

14. Estipulante:

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

15. Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

16. Formulário de Aviso de Sinistro:

É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

17. Garantias:

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

18. Grupo Segurado:

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

19. Grupo Segurável:

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

20. IPC-A:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.

21. Indenização:

Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou aos seus Beneficiários quando da ocorrência de um

Seguro, você vai mais longe.

evento coberto contratado.

22. **Início de Vigência:**
É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
23. **Instituição Financeira:**
Pessoa jurídica cedente de um crédito a uma pessoa física ou jurídica, 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.
24. **Laudo Médico:**
Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
25. **Médico Assistente:**
É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
26. **Migração de Apólices:**
É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
27. **Período de Cobertura:**
Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
28. **Prêmio:**
Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
29. **Prêmio Líquido:**
Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
30. **Proponente:**
O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
31. **Proposta de Adesão:**
É o 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 coletiva, manifestando pleno conhecimento do Contrato.
32. **Proposta de Contratação:**
Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
33. **Reabilitação do Seguro:**
É o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.
34. **Riscos Excluídos:**
São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.
35. **Segurado:**
Pessoa física ou jurídica que contratou o seguro.
36. **Seguradora:**
É a **PAN SEGUROS S.A.**, companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais.
37. **Seguro Contributário:**
Aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcial do seguro.
38. **Seguro Não-Contributário:**
Aquele em que o Estipulante paga o prêmio total do seguro.
39. **Sinistro:**
A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Seguro, você vai mais longe.

40. Vigência do Seguro:

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

41. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS PANPROTEGE CONSIGNADO

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir a quitação parcial ou total da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, limitada ao valor do Capital Segurado, observados os limites contratados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, desde que respeitadas as Condições Contratuais.

2. PARTES CONTRATANTES

São partes contratantes deste seguro a Seguradora, **PAN SEGUROS S.A.**, o Estipulante, pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro prestamista e o Segurado, que integra o grupo segurado por meio da proposta de adesão.

2.1. OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE:

- I. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais;
- II. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com as Condições Contratuais;
- III. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107/2004, quando este for de sua responsabilidade;
- V. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- VI. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VII. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- VIII. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- IX. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- X. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- XI. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- XII. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- XIII. Não vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas abrangidas na contratação, dentre as abaixo definidas, contarão no Contrato.

• **MORTE**

Garante o pagamento de indenização, equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do Segurado em favor do Estipulante, limitada ao valor do capital segurado contratado, no caso de **morte do segurado**, seja qual for a causa, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos expressamente excluídos da cobertura mencionados nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.

Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

• **IPTA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

Garante o pagamento de indenização, equivalente ao saldo devedor de responsabilidade do Segurado em favor do Estipulante, limitada ao valor do capital segurado contratado, 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 nestas Condições Gerais e

Seguro, você vai mais longe.

nas demais condições contratuais.

Esta garantia não cobre a invalidez parcial do segurado, qualquer que seja o seu grau e ainda que decorrente de acidente.

Para efeito de indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos relacionados abaixo, mediante comprovação por laudo médico, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e ocorridos durante a vigência da apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais e das demais condições contratuais:**

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

As indenizações por **MORTE e IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente** não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente total por acidente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo evento, a indenização por morte não será devida, uma vez que o seguro já estará cancelado, através do pagamento da primeira ocorrência.

A Seguradora reserva-se ao direito de submeter o segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido do grau de invalidez total e definitiva.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

Nos casos não especificados, a indenização será concedida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, desde que superior a 70% (setenta por cento), independentemente de sua profissão.

3.2. Condições para aceitação e contratação das coberturas:

As coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), contratadas em conjunto ou isoladamente, serão concedidas para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Todas as Coberturas

Estão expressamente excluídos **de todas as coberturas deste seguro** os eventos ocorridos em consequência:

- Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- De atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra**

Seguro, você vai mais longe.

- civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) De doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
 - d) De danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo (s) beneficiário (s) ou pelo representante de um ou de outro, ou, ainda, pelos sócios controladores, dirigentes, administradores ou beneficiários do Estipulante ou seus respectivos representantes;
 - e) De automutilações e lesões auto infligidas;
 - f) Do suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
 - g) De inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
 - h) De intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - i) De epidemias e pandemias declaradas pelo órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
 - j) De dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
 - k) Da participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;
 - l) De envenenamento em caráter coletivo; e
 - m) De sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

4.2. Da IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente

No caso de IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente, além das exclusões mencionadas no item 4.1 destas Condições Gerais, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a) Quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) Acidentes médicos;
- c) Tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- d) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- e) Viagens em aeronaves ou embarcações:
 - Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voo ou navegação;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
- f) Perda de dentes e os danos estéticos; e
- g) Qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.3. Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.4. Do Suicídio

De acordo com o artigo 798 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado cometer suicídio nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da vigência do seguro e posterior recondução o prazo de 02 (dois) anos voltará a contar o prazo. Igualmente, o segurado não terá direito a qualquer indenização decorrente deste contrato se

Seguro, você vai mais longe.

tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta resultar qualquer tipo de invalidez.

5. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

São elegíveis para as coberturas de MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE todas as pessoas físicas que possuem vínculo com o Estipulante, com idades mínima e máxima estabelecidas no Contrato do Seguro e que se encontrem em perfeitas condições de saúde.

6. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado é 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, estabelecido no Contrato.

6.1. **Data do evento:**

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da Seguradora, considera-se como data do evento, quando da regulação do sinistro:

a) Na cobertura de MORTE, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito;

b) Na cobertura de IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente, considerar-se-á como data do sinistro a data do acidente.

O Capital Segurado deverá sempre estar diretamente ligado ao valor da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante não tendo, portanto, este seguro a característica de geração de benefício de seguro de vida.

6.2. **Contratação de vários empréstimos para o mesmo Segurado:**

Quando da contratação de vários empréstimos para o mesmo Segurado, a soma dos Capitais Segurados, em um ou mais contratos, não poderá exceder o limite máximo de aceitação de conformidade com o Contrato. A Seguradora não aceitará o risco excedente e devolverá eventual prêmio recebido a maior.

A aceitação, pela seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

7. CARÊNCIAS

Poderá ser estabelecida a carência máxima de 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de causas naturais ou doença da cobertura de Morte.

O período de **carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual referente a cada empréstimo/financiamento**, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, sendo estabelecido nas propostas, no Contrato, na apólice e no certificado individual, quando aplicado.

Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais em qualquer das coberturas contratadas, **exceto no caso de suicídio ou sua tentativa**, quando o período de carência corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou do aumento do capital segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou de sua recondução depois de suspenso;

O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio na íntegra das Condições Gerais e do Contrato do seguro, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Seguro, você vai mais longe.

Com base nas declarações prestadas pelo Proponente na proposta de adesão do seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as condições determinadas nas demais condições contratuais.

O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão, devidamente protocolada em relógio datador, com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

A Seguradora poderá solicitar, apenas uma vez, caso o proponente do seguro seja pessoa física, ou mais de uma vez, se o proponente for pessoa jurídica e, neste caso, mediante indicação dos fundamentos do pedido de novos elementos, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação, devidamente protocolada em relógio datador.

A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

A aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão do Certificado Individual, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais informações pertinentes ao seu seguro.

O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, toda e qualquer lesão ou doença preexistente ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

Se a Seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

Em caso de recusa do risco **em que tenha havido adiantamento de valor à Seguradora** para pagamento parcial ou total de prêmio, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta e a data da formalização da recusa, sendo o valor do adiantamento devido no momento dessa formalização e 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. VIGÊNCIA, ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

A apólice é emitida pelo prazo determinado e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

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

As demais renovações somente ocorrerão se, expressamente acordado pelas partes. **Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.**

A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, observando-se que qualquer modificação na 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.

Trimestralmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar recálculo dos prêmios. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa do Estipulante e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos

Seguro, você vai mais longe.

do grupo segurado.

9.1. **Início de Vigência da Cobertura Individual**

As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Nos 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.

A cobertura do seguro estará suspensa com a inadimplência ou atraso por parte do Segurado relativa ao pagamento do prêmio do seguro junto ao Estipulante.

10. **ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser revistos a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora, sem qualquer prejuízo aos Segurados.

Qualquer aumento dos Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos Capitais.

Os capitais segurados representarão saldos totais ou parciais de dívidas contraídas pelos Segurados e serão variáveis de acordo com o valor da dívida, podendo ser recalculados no mínimo mensalmente e no máximo a cada 12 (doze) meses.

Os prêmios poderão ser previamente definidos sem a necessidade de recálculo futuro, baseados no capital segurado médio do período de cobertura, ou ser recalculados na mesma periodicidade dos capitais. O critério será determinado no contrato.

11. **PAGAMENTO DE PRÊMIO**

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

- **Não-Contributário:** quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.
- **Contributário:** quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

O prêmio do seguro poderá ser pago sob forma de “prêmio único” ou em “parcelas mensais” durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro está estabelecida no Contrato.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponder a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento de tal parcela do prêmio poderá ser realizado no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de coberturas.

Para garantir seu direito à cobertura, o Segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio ao Estipulante que deverá repassá-lo à Seguradora até a data de vencimento das faturas.

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

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou do Estipulante nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

As coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que o pagamento do prêmio for retomado, desde que não superior a 30 (trinta) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago.

Nos seguros “**contributários**” e de “**prêmio único**”, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante, ainda que esses não tenham sido repassados para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o

Seguro, você vai mais longe.

cancelamento da apólice, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

Por se tratar de seguro com vigência determinada, o pagamento de uma parcela mensal não quita nem dá direito ao Segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

11.1. De acordo com as características do seguro haverá devolução de prêmio nas disposições a seguir:

I. Quando adotado o pagamento sob forma de “prêmio único”, na hipótese de cancelamento do seguro por iniciativa de quaisquer das partes e com a concordância recíproca (Segurado e Estipulante), a Seguradora reterá do prêmio recebido, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “*pro rata temporis*”.

II. Quando da quitação antecipada da dívida pelo Segurado, desde que com anuência do Estipulante, na base “*pro rata temporis*”.

No caso de suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, será devolvido o prêmio pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio. Esta regra se aplica quando a forma de pagamento for “prêmio único”.

É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada.

O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações mencionadas nas Condições Gerais e no Contrato, inclusive a cobrança e pagamento de prêmios nos prazos das respectivas faturas.

Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12. CANCELAMENTO DO SEGURO

Fica automaticamente cancelada a apólice de seguro ou o certificado individual quando:

a) Qualquer fatura referente ao prêmio de seguro não for paga em até 30 (trinta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do inadimplemento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

b) A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo Estipulante, e com anuência prévia recíproca. Deverá haver anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 do grupo segurado, devendo observar as disposições no subitem 11.1 dessas Condições Gerais.

O cancelamento somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

c) Com o término de vínculo entre o Segurado e o Estipulante.

d) Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora.

e) Quando o Segurado, seus representantes legais ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação no contrato de seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, sem direito a restituição de prêmio.

f) Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.

g) Com a Morte ou a IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

13. PERDA DE DIREITOS

O Estipulante e/ou Segurado perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro

Seguro, você vai mais longe.

cancelado, nos seguintes casos:

- Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido;

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

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

- Não cumprimento das obrigações definidas nestas Condições Gerais;
- Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento coberto;
- Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado e desde que autorizada pelo Estipulante;
- Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do (s) segurado (s), seu (s) representante (s) ou seu (s) beneficiário (s) para obter ou majorar seu capital segurado; e
- Agravamento intencional do risco.

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.

Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.

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

O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

14. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário das coberturas contratadas neste seguro será sempre o Estipulante, até o valor do saldo devedor da dívida, desde que não seja superior ao respectivo Capital Segurado estabelecido no Contrato, e vigente na data do sinistro. A indenização da dívida será trazida a valor presente na data do evento.

Os capitais segurados estarão sempre limitados ao valor da dívida do segurado, não havendo diferença de indenização a favor de outros beneficiários em caso de sinistro.

Seguro, você vai mais longe.

15. REGULAÇÃO DE SINISTROS

15.1. Relação de documentos a serem enviados à Seguradora

Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverão comunicar à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos para cada cobertura nas Condições Gerais e no Contrato:

Documentos do Segurado em caso de Morte Natural

- Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal do Segurado;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 15.2 destas Condições Gerais;
- Cópia de Laudos e Exames referentes a patologia que levou o segurado ao óbito; e
- Cópia do Prontuário Médico do segurado.

Documentos do Segurado em caso de Morte por Acidente

- Documentos relacionados no tópico anterior;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

Documentos do Segurado em caso de IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente

- Formulário denominado "Aviso de Sinistro" fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, ou seu representante legal;
- Formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- Exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- Cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 15.2 destas Condições Gerais; e
- Cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho).

15.2. Documentos que comprovam residência:

- Conta de luz ou água ou gás ou telefone fixo, com prazo máximo 90 (noventa) dias.

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

A partir da entrega de toda a "documentação básica" exigida, constante na cláusula 15 - Regulação de Sinistros, a Seguradora tendo efetuado a regulação e concluída a análise fará a liquidação do sinistro.

Fica facultada à Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração dos fatos, devendo para isso comunicar o Estipulante, através de documento registrado solicitando os documentos complementares.

Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do atendimento da solicitação, após novo registro realizado através de relógio datador da área de sinistros, indicando que houve a reentrada do processo e que o prazo voltou a correr.

Após caracterizada a cobertura e a ocorrência estando devidamente coberta, tudo em conformidade com as cláusulas especificadas nestas Condição Gerais, a seguradora fará a liquidação do sinistro efetuando o pagamento.

Seguro, você vai mais longe.

16.1. **Prazo para liquidação do sinistro**

A partir da entrega de toda a documentação listada no item 15, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias, o valor da indenização será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ao mês, calculado “*pro rata temporis*” até a data do efetivo pagamento, acrescido dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês.

Para efeito de registro da data do evento, serão considerados:

- a) Na cobertura de **MORTE**, qualquer que for a causa, a data do sinistro será a data do óbito;
- b) Na cobertura de **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**, a data do sinistro será a data do acidente.

17. **JUNTA MÉDICA**

Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência registrada dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados.

Cada uma das partes será responsável pelos honorários dos médicos que tiver designado; os do terceiro serão rateados em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só, o estado de invalidez permanente.

18. **PERÍCIA DA SEGURADORA**

No caso de qualquer ocorrência prevista, o Segurado autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e/ou solicitar exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

- Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

19. **FORO**

Eventuais questões judiciais entre o Segurado, Estipulante e a Seguradora serão processadas e julgadas no foro do domicílio do Segurado ou do Estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

20. **ÂMBITO GEOGRÁFICO**

As coberturas previstas nestas Condições Gerais independem da localização da ocorrência do evento coberto por este contrato, entretanto, o pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

21. **PRESCRIÇÃO**

Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o segurado e/ou os representantes legais deste reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei – Artigo 206 do Código Civil Brasileiro.

22. **DISPOSIÇÕES FINAIS**

Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o

Seguro, você vai mais longe.

IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Caso o Conselho Monetário Nacional deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionados às metas de inflação, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.

Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a vigência da apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu (s) Representante (s) Legal (is), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e demais condições contratuais, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.

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 e CNPJ ou CPF, conforme o caso.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. |