

Caro Segurado,

Parabéns! Você acaba de adquirir um produto com a qualidade **Indiana Seguros**, desenvolvido em parceria com o **Banco PSA Finance Brasil S/A**, especialmente para atender às suas necessidades de proteção a um preço justo.

O **Seguro Tranquilidade Peugeot** lhe proporciona tranquilidade quanto ao compromisso financeiro que assumiu, auxiliando-o em caso de perda de emprego ou de incapacidade temporária por acidente ou doença, garantindo a quitação do seu financiamento em caso de seu falecimento ou de sua invalidez permanente total por acidente.

Leia atentamente as “Condições Gerais” deste manual para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro.

Para aviso de sinistros e obtenção de informações sobre sua Apólice, você pode dispor da nossa **Central de Atendimento**. Os telefones para contato constam no verso deste Manual e no Cartão do Segurado. Mantenha-os sempre à mão para qualquer eventualidade.

O **Banco PSA Finance Brasil S/A**, juntamente com a **Indiana Seguros S/A**, garante a você o ingresso num dos melhores planos de seguro de Vida do mercado, assegurando proteção financeira ao seu contrato.

Obrigado por escolher a Indiana Seguros.

E seja muito bem-vindo à sua conquista mais segura!

Marcos Machini

Vice-Presidente Comercial



Uma empresa do grupo Liberty Mutual

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO TRANQUILIDADE PEUGEOT	3
Glossário de Termos Técnicos.....	3
1. Objeto do Seguro.....	5
2. Âmbito Geográfico.....	5
3. Coberturas.....	5
4. Riscos Excluídos	7
5. Carência	8
6. Franquia	8
7. Aceitação do Risco	8
8. Vigência e Renovação do Seguro	9
9. Atualização de Valores	9
10. Reavaliação de Taxas	9
11. Pagamento de Prêmios	10
12. Excedente Técnico	11
13. Beneficiários	11
14. Data do Evento, Prescrição e Reintegração do Capital Segurado	11
15. Liquidação de Sinistros	12
16. Cancelamento do Seguro	14
17. Rescisão Contratual	15
18. Cessação da Cobertura Individual	15
19. Perda de Direitos	16
20. Obrigações do Estipulante	16
21. Regime Financeiro	17
22. Material de Divulgação	17
22. Mora	17
22. Foro	17
CONDIÇÕES PARTICULARES DO SEGURO PRESTAMISTA	18
Coberturas	18
Beneficiários	21
Capital Segurado	21
Limites de Contratação	21
Cessação da Cobertura do Seguro	21
Limite de Idade para Contratação	21
Prevalência	21

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO TRANQUILIDADE PEUGEOT

O seguro de Vida em Grupo **Tranquilidade Peugeot** da **Indiana Seguros** é destinado aos clientes pessoas físicas que adquiram veículos pelo sistema de financiamento ou leasing do Banco PSA.

Este manual contém a síntese das Condições Gerais do seguro, cujo texto completo está disponível em nosso site na Internet: www.indiana.com.br.

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Acidente Pessoal: Significa a lesão corporal fatal ou não, causada involuntariamente, provocada por acidente exclusivo e diretamente externo com data caracterizada, súbito e violento, que por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) 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;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) 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 médica-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas como invalidez previdenciária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Âmbito Geográfico da Cobertura: É a delimitação física da(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo seguro.

Apólice: É o documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Beneficiário: É a pessoa designada pelo Segurado para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro.

Capital Segurado: É o valor máximo, vigente na data do evento, a ser pago ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada.

Carência: É o período contínuo de tempo, a partir do início de vigência do seguro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado e emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado e prêmio.

Coberturas de Risco: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de evento contratado, respeitadas as suas respectivas exclusões.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do certificado individual.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

Condições Especiais: É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Particulares: São as condições, expressas na proposta e/ou Apólice, que particularizam o seguro, podendo ampliar ou restringir o disposto nas Condições Gerais.

Consignante: É a pessoa jurídica responsável exclusivamente pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos Segurados.

Declaração Pessoal de Saúde: É o questionário integrante da Proposta de Adesão que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.

Doença: É o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

Doenças ou Lesões Preexistentes: São as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênicas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data da subscrição da Proposta de Adesão, de conhecimento do Proponente e não declaradas na proposta.

Estipulante: É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que administra a Apólice e representa os Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor.

Evento: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo seguro.

Excedente Técnico: É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice coletiva, em determinado período.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

Franquia: É o período temporal, iniciado após a ocorrência do sinistro, durante o qual o Segurado assume a responsabilidade pela cobertura contratada, não sendo devido nenhum pagamento indenizatório por parte da Seguradora.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva, cuja vigência das coberturas individuais já tenha sido iniciada.

Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúne condições para a inclusão na Apólice coletiva.

Incapacidade Temporária: É a impossibilidade, por um determinado período, de o Segurado exercer as suas atividades profissionais, em decorrência de doença ou de acidente.

Indenização: É o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência de evento coberto contratado.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco contratadas serão garantidas pela Seguradora.

Liquidação de Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

Prêmio: É o valor que o Segurado principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

Proponente: É a pessoa física interessada em aderir ao seguro e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

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

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a sua intenção de contratar uma ou mais coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Riscos Excluídos: São os riscos devidamente previstos nas Condições Gerais e/ou Particulares do seguro que não estarão garantidos pelas coberturas do plano.

Segurado: É o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluso no seguro.

Segurado Principal: É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

Segurados Dependentes: São o cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, quando incluídos no seguro.

Seguradora: É a Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

Sinistro: Ocorrência de acontecimento involuntário e casual previsto no Contrato de Seguro e para a qual foi contratada a cobertura.

Vigência do Seguro: Prazo que determina o início e o fim da validade das garantias contratadas.

1 – OBJETO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir indenização, ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de ocorrência de evento coberto pelas coberturas contratadas, observados os termos destas Condições Gerais e Particulares.

2 – ÂMBITO GEOGRÁFICO

As coberturas do seguro previstas nestas Condições Gerais aplicam-se aos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para a cobertura adicional de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e para as coberturas acessórias de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) e de Perda de Renda por Desemprego (PRD), que se restringem ao território brasileiro.

3 – COBERTURAS

3.1. As coberturas do seguro se dividem em básicas, adicionais e acessórias, sendo que o seguro não poderá ser contratado sem a cobertura básica.

3.2. A cobertura básica é a de Morte por Qualquer Causa (MQC). As demais coberturas classificam-se como adicionais ou acessórias:

I - Morte por Qualquer Causa (MQC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a vigência do seguro.

II - Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, devendo ser comprovada através de declaração médica. Após a conclusão do tratamento ou tendo sido esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e constatada a existência de invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente constante destas Condições Gerais.

III - Perda de Renda por Desemprego (PRD): É a garantia do pagamento de uma renda mensal contratada pelo Segurado caso o mesmo venha a perder o seu emprego, nos termos e condições estabelecidos nas respectivas Condições Particulares, devendo ser observado que:

- a) a renda mensal somente será devida a partir do mês subsequente à perda de emprego do Segurado;
- b) a concessão desta cobertura se dará depois de decorrido o período de carência e desde que efetuado o pagamento do prêmio adicional por parte do Segurado e/ou Estipulante até o prazo estabelecido no respectivo documento de cobrança;
- c) somente estarão abrangidos por esta cobertura os Segurados que, por ocasião da perda de emprego, comprovarem vínculo empregatício com o mesmo empregador por pelo menos 12 (doze) meses consecutivos;
- d) esta cobertura não é extensiva aos dependentes do Segurado Principal;
- e) estão expressamente excluídas da presente cobertura, além dos eventos previstos na cláusula, as rescisões do contrato de trabalho:
 - ocorridas a pedido do Segurado;
 - vinculadas a qualquer programa ou acordo/plano de demissão voluntária;
 - motivadas por justa causa; e
 - decorrentes da aposentadoria do Segurado.

IV - Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT): É a garantia do pagamento de uma renda mensal contratada pelo Segurado caso o mesmo se encontre impossibilitado de exercer suas atividades laborativas, de forma contínua e ininterrupta, devido a tratamento médico, em decorrência de acidente pessoal ou doença, nos termos e condições estabelecidos nas respectivas Condições Particulares, devendo ser observado que:

- a) a renda mensal somente será devida a partir do mês subsequente ao afastamento do Segurado;
- b) a concessão desta cobertura se dará depois de decorrido o período de carência e desde que efetuado o pagamento do prêmio adicional por parte do Segurado e/ou Estipulante até o prazo estabelecido no respectivo documento de cobrança;
- c) somente estarão abrangidos por esta cobertura os Segurados que, por ocasião do afastamento, comprovarem exercício de atividade remunerada nos últimos 12 (doze) meses consecutivos;
- d) esta cobertura não é extensiva aos dependentes do Segurado Principal;
- e) estão expressamente excluídas da presente cobertura, além dos eventos previstos na cláusula, os que seguem:
 - Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
 - Complicações da gravidez ou do parto, abortos provocados ou espontâneos, bem como suas

respectivas consequências;

- As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- Lesões por Esforço Repetitivo (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) e Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC);
- O choque anafilático e suas consequências;
- Eventos ou tratamentos em caráter experimental;
- Acidentes ocorridos anteriormente à data do início de vigência individual, bem como suas consequências mesmo que ocorridas durante a vigência do Contrato de Seguro;
- Doenças de caráter mental, psicológico ou psiquiátrico, salvo aquelas devidamente diagnosticadas através de exames neurológicos e que resultem na interdição judicial do Segurado atestando sua incapacidade de fato, devendo ser apresentado o respectivo termo de curatela;
- Tratamentos ou intervenções cirúrgicas para emagrecimento ou de rejuvenescimento com finalidade estética, bem como cirurgias plásticas ou embelezadoras;
- Estresse, perturbações do comportamento ou afetividade, qualquer que seja a causa;
- Fisioterapia, salvo quando decorrente de evento cirúrgico ou lesões graves dos membros;
- Inseminação artificial, mudança de sexo ou esterilização;
- Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**
- b) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- c) de doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- d) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato;**
- e) de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;**
- f) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de álcool, drogas, entorpecentes, psicotrópicos ou substâncias tóxicas;**
- g) de fenômenos naturais, como furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- h) de epidemias oficialmente declaradas;**
- i) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, e suas consequências;**
- j) de atos terroristas;**

k) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado; e

l) de atos dolosos ou contrários à lei praticados pelo Segurado ou seus Beneficiários ou representante de um ou de outro.

5 – CARÊNCIA

5.1. Será observado um período de carência de no mínimo 30 (trinta) dias e de no máximo 90 (noventa) dias para as coberturas de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) e de Perda de Renda por Desemprego (PRD), contado a partir do início de vigência da cobertura individual, a ser expressamente confirmado nas Condições Particulares do seguro. 5.2. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio, em que deverá ser observada carência de 24 (vinte e quatro) meses.

5.3. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina e nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

6 – FRANQUIA

As coberturas de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT), quando contratadas, estarão sujeitas à franquia de até 15 (quinze) dias, sendo expressamente ratificada nas Condições Particulares.

7 – ACEITAÇÃO DO RISCO

7.1. A inclusão de possíveis Segurados, conforme especificado nas Condições Particulares, é feita por adesão facultativa ao seguro, abrangendo somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

7.2. A Declaração Pessoal de Saúde é parte integrante e obrigatória da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.

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

7.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. A não-manifestação da Seguradora sobre a recusa da proposta neste prazo implicará na aceitação tácita do risco.

7.5. Dependendo da análise do risco apresentado, a Seguradora poderá solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta a realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no subitem 7.4 desta Cláusula será suspenso, voltando a ser contado a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.6. Será enviado para cada Proponente aceito no seguro um certificado individual contendo os seguintes elementos mínimos:

a) data de início e término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes; e

b) Capital Segurado de cada cobertura relativa ao Segurado Principal e aos Segurados Dependentes, além do prêmio total do seguro.

7.7. A não-aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, informando os motivos que ensejaram a recusa do risco proposto.

7.8. No caso de não-aceitação da Proposta de Adesão em que já tenha havido pagamento de

prêmio, o valor pago será devolvido atualizado, com base na variação acumulada do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo).

7.9. No seguro de Vida realizado para terceiros, o Proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse para preservação da vida do Segurado. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando o Segurado é cônjuge, ascendente ou descendente do Proponente.

8 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. A vigência da Apólice e das coberturas individuais serão definidas nas Condições Particulares do seguro.

8.2. A vigência da cobertura individual se iniciará às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre as partes, sendo esta ratificada nas Condições Particulares e no Certificado Individual.

8.3. A vigência da Apólice será de 12 (doze) meses, salvo disposição contrária constante das Condições Particulares.

8.4. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, somente ocorrerá mediante prévio acordo entre as partes.

8.5. 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, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no subitem 8.4.

8.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

9 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES

9.1. Os capitais segurados e os prêmios mensais serão atualizados a cada renovação do Seguro com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização.

9.2. Os prêmios mensais, além da atualização prevista por esta cláusula, estarão sujeitos à alteração de valor, em função da Reavaliação de Taxa, conforme critérios previstos na Cláusula 10 destas Condições Gerais.

10 - REAVALIAÇÃO DE TAXAS

10.1. A seguradora efetuará o recálculo da(s) taxa(s) do Seguro com antecedência de 90 (noventa) dias do término de vigência da apólice ou outra data estabelecida nas Condições Particulares do Seguro.

10.1.1. Nas apólices comercializadas com tabelas por faixa etária, a cada renovação do Seguro, o prêmio mensal individual será reenquadrado em função da idade atingida pelo Segurado e do Capital Segurado atualizado, sendo devidamente previsto nas Condições Particulares o percentual de reajuste.

10.2. Ficará a critério da Seguradora, propor um reajuste dos prêmios mensais do seguro sempre que o recálculo da taxa apurar uma variação superior a 5% (cinco por cento) entre o prêmio médio vigente e o prêmio médio recalculado.

10.3. A proposta de reajuste da taxa e a sua aplicabilidade estarão rigorosamente sujeitos ao cumprimento do subitem 8.4 da Cláusula 8 – Vigência e Renovação do Seguro destas Condições Gerais.

11 - PAGAMENTO DE PRÊMIOS

11.1. O custeio do seguro será contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

11.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo Segurado ou Estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data estabelecida nas Condições Especiais e/ou Particulares do seguro para este fim, ou data-limite prevista no respectivo documento de cobrança.

11.2.1. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de pagamento do prêmio único ou de qualquer uma das parcelas sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

11.3. 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 respectivo adicional de fracionamento.

11.4. Os prêmios poderão ser pagos em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta-corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Particulares.

11.5. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado ou, ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

11.6. Se a data-limite para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer das parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

11.7. O pagamento do prêmio anual poderá ser fracionado das seguintes formas: mensal (12 parcelas), trimestral (4 parcelas) ou semestral (2 parcelas).

11.8. Para os casos em que o custeio do seguro não se dê sob a forma prevista no subitem 11.7, em caso de 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, conforme fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Número de dias	Percentual de Retenção	Número de dias	Percentual de Retenção
15	13	195	73
30	20	210	75
45	27	225	78
60	30	240	80
75	37	255	83
90	40	270	85
105	46	285	88
120	50	300	90
135	56	315	93
150	60	330	95
165	66	345	98
180	70	365	100

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

11.8.2. A Seguradora comunicará ao Segurado o novo prazo de vigência ajustado.

11.8.3. Restabelecido o pagamento das parcelas ajustadas acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referida nesta cláusula, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

11.9. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios mensais, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na Apólice. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.

11.10. Quando a forma de cobrança do prêmio for por desconto em folha salarial, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante solicitação por escrito do Segurado Principal.

11.11. Os prêmios dos Segurados afastados por motivo de doença ou acidente deverão ser recolhidos à Seguradora, independente do custeio do seguro.

11.12. O prêmio pago em atraso será cobrado de uma só vez, acrescido de atualização monetária pelo IPCA e juros de mora equivalente ao pagamento de impostos devidos à Fazenda Federal.

12 - EXCEDENTE TÉCNICO

12.1. Poderá ser incluída nas Condições Particulares do Seguro, cláusula estabelecendo as condições de distribuição, ao estipulante e/ou aos segurados, do percentual de excedente técnico acordado sobre o resultado da apólice coletiva.

12.1.1 Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) os prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- e
- b) os estornos de sinistro computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

12.1.2 Consideram-se como despesas para os mesmos fins dessa cláusula:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) comissões de administração pagas durante o período;
- c) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- d) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- e) despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

12.2. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

12.3. Nos seguros total ou parcialmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida nas Condições Particulares do Seguro.

13 – BENEFICIÁRIOS

O(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) designado(s) pelo segurado na Proposta de Adesão.

14 - DATA DO EVENTO, PRESCRIÇÃO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

14.1. Para fins de determinação do Capital Segurado, na liquidação de sinistros será considerada como data do evento:

- a) na cobertura básica: a data do falecimento;
- b) nas coberturas adicionais de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): a data do acidente;
- c) nas coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT): a data verificada do início da incapacidade do Segurado;
- d) na cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD): a data da demissão.

14.2. Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, opera-se a prescrição do direito de ação contra a Seguradora em:

- a) 1 (um) ano: a ação do Segurado contra a Seguradora; e
- b) 3 (três) anos: a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora.

14.3. O Capital Segurado da cobertura acessória de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) se reintegra automaticamente a cada sinistro.

15 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

15.1. Em caso de sinistro, o Segurado ou seu Beneficiário deverá comunicar o fato à Seguradora dentro do prazo prescricional previsto pelo Código Civil Brasileiro, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora, juntamente com a entrega dos documentos listados no subitem 15.8.

15.2. A indenização será paga no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da entrega do último documento necessário à regulação do processo de sinistro. Caso haja solicitação de nova documentação em função de dúvida fundada e justificada, a contagem de dias para liquidação de sinistro será suspensa e o prazo voltará a ser contado a partir da entrega da nova documentação solicitada.

15.3. O não-pagamento da indenização dentro do prazo referido no subitem anterior implicará na cobrança de juros de mora e atualização monetária, nos termos da Cláusula 9 - Atualização de Valores, destas Condições Gerais, e da legislação específica.

15.4. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica com o objetivo de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento reclamado, a ser realizada por médico por ela designado, sendo que a mesma arcará com os custos relativos a seus honorários, sem qualquer ônus ao Segurado.

15.5. Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, devem ser submetidas a uma junta médica constituída de 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.

15.6. O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.

15.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

15.8. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

I - Em caso de Morte Natural (não decorrente de acidente):

- a) formulário Aviso para Concessão de Benefício (fornecido pela Seguradora), sendo que o relatório

médico, parte integrante deste formulário, deverá ser preenchido pelo médico que assistia o Segurado, com firma reconhecida em cartório;

b) cópia autenticada da certidão de óbito;

c) cópia autenticada da Ficha de Registro de Empregado ou Ficha de Associado ou Ficha Funcional, conforme o caso, devidamente atualizada;

d) cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado; e

e) documentos dos Beneficiários, conforme inciso VII deste subitem.

II - Em caso de Morte Acidental:

a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

b) cópia autenticada da Ficha de Registro de Empregado ou Ficha de Associado ou Ficha Funcional, conforme o caso, devidamente atualizada;

a) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

b) cópia autenticada do Laudo do IML (Instituto Médico Legal), se realizado;

c) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, se realizados;

d) cópia autenticada da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) se for o caso;

e) cópia autenticada da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de ocorrência por acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor do veículo acidentado;

f) cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado; e

g) documentos dos Beneficiários, conforme inciso VII deste subitem.

III - Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

a) formulário Aviso para Concessão de Benefício (fornecido pela Seguradora), sendo que o relatório médico, parte integrante deste formulário, deverá ser preenchido pelo médico que assistia o Segurado, com firma reconhecida em Cartório;

b) cópia autenticada da Ficha de Registro de Empregado ou Ficha de Associado ou Ficha Funcional, conforme o caso, devidamente atualizada;

c) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

d) cópia autenticada do Laudo do IML (Instituto Médico Legal), se realizado;

e) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, se realizados;

f) cópia autenticada do CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) se for o caso;

g) cópia autenticada da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de ocorrência por acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor do veículo acidentado;

h) exames, laudos e radiografias realizados para diagnóstico e tratamento (documentos originais);

i) cópia autenticada do RG e do CPF do sinistrado; e

j) cópia simples do comprovante de endereço (preferencialmente, da conta telefônica).

IV - Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) decorrentes de doença:

a) formulário Aviso para Concessão de Benefício (fornecido pela Seguradora), sendo que o relatório médico, parte integrante deste formulário, deverá ser preenchido pelo médico que assistia o Segurado, com firma reconhecida em cartório;

b) cópia autenticada da Ficha de Registro de Empregado ou Ficha de Associado ou Ficha Funcional, conforme o caso, devidamente atualizada;

c) exames, laudos e radiografias realizados para diagnóstico e tratamento (documentos originais);

d) cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado; e

e) cópia simples do comprovante de endereço (preferencialmente, da conta telefônica).

V - Em caso de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) decorrente de Acidente:

a) formulário Aviso para Concessão de Benefício (fornecido pela Seguradora), sendo que o relatório médico, parte integrante deste formulário, deverá ser preenchido pelo médico que assistia o Segurado, com firma reconhecida em cartório;

b) cópia autenticada da Ficha de Registro de Empregado ou Ficha de Associado ou Ficha Funcional, conforme o caso, devidamente atualizada;

c) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;

d) cópia autenticada do Laudo do IML (Instituto Médico Legal), se realizado;

e) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, se realizados;

f) cópia autenticada da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de ocorrência por acidente automobilístico e se o Segurado for o condutor do veículo acidentado;

g) exames, laudos e radiografias realizados para diagnóstico e tratamento (documentos originais);

h) cópia autenticada de documentos que comprovem a condição de autônomo nos últimos 12 (doze) meses (exigência exclusiva para a Perda de Renda por Incapacidade Temporária);

i) cópia autenticada do RG e do CPF do Segurado, e;

j) cópia simples do comprovante de endereço (preferencialmente, da conta telefônica).

VI - Em caso de Perda de Renda por Desemprego (PRD) para pagamento da 1ª. parcela:

a) cópia autenticada da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), referente às folhas de identificação (foto e qualificação), do último registro e da folha seguinte ao último registro. A data da autenticação em Cartório deverá ser datada de 30 (trinta) dias após a data de demissão;

b) cópia autenticada do Termo de Rescisão Trabalhista;

c) cópia autenticada do RG e do CPF do sinistrado; e

d) cópia simples do comprovante de endereço (de preferência conta telefônica).

VII - Em caso de Perda de Renda por Desemprego (PRD) para pagamento da 2ª e 3ª parcelas:

a) cópia autenticada da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), referente às folhas do último registro e da folha seguinte ao último registro. A data da autenticação em cartório deverá respeitar, para a 2ª parcela, 60 (sessenta) dias da data de demissão e, para a 3ª parcela, 90 (noventa) dias da data de demissão.

Para os Beneficiários:

b) cônjuge – cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada (extraída recentemente), do RG e do CPF;

c) companheiro(a) – cópia autenticada da Certidão de Casamento do Segurado atualizada (extraída recentemente) com a averbação da separação, se houver, RG, CPF e documentos que comprovem a relação conjugal estável, tais como anotação na CTPS do Segurado, pensão por morte do INSS, dependente na Ficha de Registro de Empregados, dependência no IR etc.;

d) filhos – cópia autenticada do RG e do CPF; na falta destes, da Certidão de Nascimento;

e) pais – cópia autenticada do RG e do CPF;

f) outros – solicitar instruções à Seguradora por ocasião do evento.

15.9. Forma de Pagamento da Indenização: As indenizações decorrentes da cobertura básica de Morte, da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA), bem como das coberturas acessórias de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) e de Perda de Renda por

Desemprego (PRD), serão pagas sob a forma de pagamento único.

16 - CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Para seguros custeados por faturamento mensal, caso não ocorra o pagamento do prêmio, fica cancelada automaticamente a Apólice de seguro ou certificado individual, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

16.2. Os prêmios referentes aos períodos de competência com cobertura securitária garantida pela Seguradora serão exigíveis judicialmente.

16.3. Após o cancelamento do Contrato de Seguro, o mesmo somente poderá ser reabilitado mediante apresentação da nova proposta de seguro a ser analisada pela Seguradora.

16.4. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da Apólice ou do certificado individual por inadimplência do Segurado ou do Estipulante, não haverá cobertura para sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referente a este período.

16.5. Em caso de pagamento do prêmio em aberto, o Corretor receberá a primeira notificação para quitação do valor em mora no prazo de 10 (dez) dias contados da data do vencimento, bem como outras notificações posteriores, sob pena de rescisão do Contrato de Seguro, no prazo de 30 (trinta) dias.

16.6. Caso o Segurado ou o Estipulante retome o pagamento do prêmio em aberto, a Apólice e/ou certificado individual serão reabilitados a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o pagamento for realizado, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

16.7. No caso de seguro com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

17 - RESCISÃO CONTRATUAL

17.1. O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17.2. Na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio anual da Apólice calculado na base *pró-rata*.

17.3. A Seguradora poderá rescindir o Contrato de Seguro a partir do dia seguinte à data do vencimento para pagamento do prêmio em caso de falta de pagamento, conforme disposições constantes da Cláusula 11 destas Condições Gerais.

17.4. O Contrato de Seguro poderá ser rescindido automaticamente se o Estipulante e/ou seus prepostos agirem com dolo, fraude, simulação, omissão ou culpa grave, na contratação ou no decorrer da vigência do seguro.

18 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

18.2. 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 Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.2.1. Nos contratos celebrados por pessoas jurídicas, a condição constante do subitem 18.2 aplica-se aos seus sócios-controladores, dirigentes e administradores legais, seus Beneficiários e seus respectivos representantes.

18.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado Principal cessa ainda:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo o Segurado, neste caso, optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os novos custos do risco e de cobrança; ou
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

18.4. Além das situações ora mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

- a) se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- b) se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;
- c) com a morte do Segurado Principal;
- d) no caso de cessação da condição de dependente; ou
- e) a pedido do Segurado Principal, no caso de inclusão facultativa do Segurado Dependente.

19 - PERDA DE DIREITOS

19.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.2. Se o Segurado, seu representante e/ou seu Corretor fizer(em) declarações inexatas ou omitir(em) circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.3. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

19.4. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dará ciência por escrito ao Segurado de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível.

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

20 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável previamente estabelecidas pela mesma, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam no futuro resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de

seguro;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) comunicar de imediato à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

h) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

j) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o seu 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.

20.2. Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos acarretará a cobrança de juros e atualização monetária, ou o cancelamento das coberturas, sujeitando o Estipulante às cominações legais.

21 - REGIME FINANCEIRO

O presente plano é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não sendo prevista, em nenhuma hipótese, a devolução ou o resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

22 - 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 condições da Apólice e as normas do seguro.

23 - MORA

Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, além de atualização do Capital Segurado pela variação positiva do índice definido nas Condições Particulares, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do respectivo sinistro.

24 - FORO

Fica acordado que o foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro é o de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES PARTICULARES DO SEGURO PRESTAMISTA

As presentes Condições Particulares figuram como instrumento jurídico que define as especificidades deste produto.

COBERTURAS

1. O seguro abrange as seguintes coberturas:

1.1. Morte Qualquer Causa (MQC): garante o pagamento de uma indenização equivalente ao saldo devedor do contrato, existente na data de falecimento do Segurado.

1.2. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a garantia do pagamento de uma indenização equivalente ao saldo devedor do contrato, existente na data do evento por invalidez total do Segurado - ou seja, na data em que ocorreu o acidente, durante a vigência do seguro. A indenização será paga em caso de ocorrência de um dos seguintes eventos:

- a) perda total da visão de ambos os olhos;
- b) perda total do uso de ambos os membros superiores;
- c) perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- d) perda total do uso de ambas as mãos;
- e) perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- f) perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- g) perda total do uso de ambos os pés;
- h) alienação mental total e incurável.

1.3. Perda de Renda por Desemprego (PRD): é a garantia do pagamento de até 3 (três) parcelas do contrato de financiamento ou leasing, caso o Segurado venha a perder o emprego, desde que sejam atendidas todas as seguintes condições:

- a) a demissão tenha ocorrido por iniciativa do empregador e sem justa causa;
- b) a demissão tenha ocorrido no mínimo após 30 (trinta) dias de vigência do Contrato de Seguro, observando assim a carência prevista; e
- c) desde que o Segurado tenha estado empregado, devidamente registrado, nos últimos 15 (quinze) meses, e que a somatória destes registros compreenda no mínimo o período de 12 (doze) meses, devendo o último registro ser de no mínimo 4 (quatro) meses.

1.3.1. Em qualquer um dos registros de emprego, o aviso prévio não é considerado na contagem mencionada na alínea "c" do subitem 1.3.

1.3.2. A primeira parcela da cobertura somente poderá ser requerida após decorridos 30 (trinta) dias da data em que o empregado tenha sido demitido. A comprovação dessa condição se dará através da autenticação em cartório da cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), das folhas relativas ao seu último registro, feita no mínimo 30 (trinta) dias após a demissão.

1.3.3. Caso o Segurado não tenha permanecido em seu último emprego por período igual ou superior a 12 (doze) meses de registro, faz-se necessário cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) na qual constem todos os registros.

1.3.4. O Segurado continua responsável pelo pagamento das parcelas durante o período de 30 (trinta) dias a partir da data de demissão.

1.3.5. Riscos Excluídos

Não estão cobertos por este seguro os Segurados que:

- a) tiveram findados os contratos de trabalho celebrados por estágios, temporários, provisórios ou por prazo determinado, aposentados, pensionistas ou profissionais liberais ou prestadores de serviços;
- b) aderiram a algum programa de demissão voluntária;
- c) por qualquer motivo, tiveram suas demissões por rescisões negociadas com o empregador;
- d) tenham sido demitidos por justa causa;
- e) rescindiram o contrato de trabalho por sua própria iniciativa.

1.3.6. As indenizações corresponderão aos valores das parcelas do compromisso financeiro do Segurado, subsequentes à data do evento, sendo que a comunicação à Seguradora deverá observar um prazo de no mínimo 30 (trinta) dias após a demissão.

1.3.7. O referido no subitem 1.3.6 se aplica inclusive para os casos de 2 (duas) ou mais situações de desemprego no decorrer da vigência do seguro. O aviso prévio, para qualquer situação, não é considerado para contagem de período trabalhado para efeito desta cobertura.

1.3.8. O sinistro deverá ser comprovado mediante a apresentação dos documentos constantes da Cláusula 15 - Liquidação de Sinistros das Condições Gerais do Seguro.

1.3.9. Observações Gerais:

a) Se o pagamento das parcelas de desemprego ocorrer no final do contrato de financiamento ou de leasing, e o número de parcelas vincendas for inferior a 3 (três) parcelas que o seguro se propõe a cobrir, não será devido qualquer pagamento ao Segurado, ainda que, após a quitação do contrato, o mesmo permaneça na condição de desempregado, pois o objetivo desta cobertura é o de auxiliá-lo no pagamento das parcelas de seu financiamento/leasing.

b) O Beneficiário desta cobertura será sempre o Banco PSA Finance Brasil S/A. Assim sendo, caso o Segurado tenha pago alguma parcela de seu financiamento/leasing que seria coberto pelo seguro, o Segurado deve entrar em contato com o Banco PSA Finance Brasil S/A para pedir a restituição do valor pago, ou a apropriação do valor em outra(s) parcela(s).

c) Para o Segurado adquirir o comprovante de mensalidade de seu financiamento, quitado pelo seguro contratado, o Segurado deve entrar em contato com o Banco PSA Finance Brasil S/A e solicitar cópia de seu extrato atualizado, que lhe será enviado.

d) Para os casos do Segurado possuir dois ou mais empregos quando da liberação do financiamento, e haja a demissão de um deles durante a vigência do seguro, além das condições acima, será apurado qual o percentual que cada emprego representava na sua renda total, sendo paga a indenização em valor resultante da aplicação do percentual equivalente ao emprego em que houve a demissão sobre o valor da mensalidade.

e) Os Segurados que forem exonerados de cargos comissionados no governo (federal, estadual ou municipal) não terão direito a esta cobertura, caso se verifique retorno à condição anterior de concursado.

f) Também não estão cobertos por este seguro quaisquer tipos de trabalhos temporários, independentemente do tempo de sua realização.

1.4. Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT): Garante o pagamento de até 3 (três) parcelas do contrato de financiamento ou de leasing, caso o Segurado venha a se afastar de suas atividades remuneradas habituais por motivo de acidente ou doença por um prazo superior a 15 (quinze) dias, desde que sejam atendidas todas as seguintes condições:

a) a incapacidade tenha ocorrido no mínimo após decorridos 30 (trinta) dias do início da vigência do seguro, observando assim a carência prevista. Não haverá período de carência em caso de acidente; e

b) o Segurado comprove ter uma atividade remunerada nos últimos 12 (doze) meses consecutivos.

1.4.1. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais liberais ou autônomos, substituindo a cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD).

1.4.2. Se o Segurado for um empresário e vier a sofrer um acidente ou contrair doença que o impeça de exercer as suas atividades normais de trabalho, esta cobertura lhe dará direito à indenização desde que, além de cumprir as demais regras para ter direito a cobertura, o Segurado comprove que o seu afastamento lhe acarretará diretamente perda de renda.

1.4.3. Observações Gerais:

a) Se o pagamento das parcelas de incapacidade ocorrer no final do contrato de financiamento ou de leasing, e o número de parcelas vincendas for inferior às 3 (três) que o seguro se propõe a cobrir, não será devido qualquer pagamento ao Segurado, ainda que após a quitação do contrato o mesmo permaneça na condição de incapacitado, pois o objetivo desta cobertura é o de auxiliá-lo no pagamento das parcelas de seu financiamento/leasing.

b) Em caso de falecimento do Segurado durante o período em que estiver sendo beneficiado pela indenização desta cobertura, esta indenização será suspensa, prevalecendo a indenização relativa à cobertura de Morte por Qualquer Causa - ou seja, será quitado o saldo devedor no momento do óbito.

c) O Beneficiário desta cobertura será sempre o Banco PSA Finance Brasil S/A. Desta forma, caso o Segurado tenha pago alguma parcela de seu financiamento/leasing que seria coberto pelo seguro, o Segurado deverá entrar em contato com o Banco PSA Finance Brasil S/A para pedir a restituição do valor pago ou a apropriação do valor em outra(s) parcela(s).

d) Para o Segurado adquirir o comprovante de mensalidade de seu financiamento, quitado pelo seguro contratado, deverá entrar em contato com o Banco PSA Finance Brasil S/A e solicitar que lhe seja enviada cópia de seu extrato atualizado.

e) No caso de 2 (dois) ou mais afastamentos no decorrer da vigência do seguro, a cobertura somente será concedida se decorrido intervalo de 12 (doze) meses entre o retorno do último afastamento e o novo evento causador de afastamento.

1.4.4. O pagamento da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária (PRIT) será efetuado com base na seguinte tabela:

Período de Afastamento	Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro
De 16 a 44 dias	1 parcela
De 45 a 74 dias	2 parcelas
Acima de 75 dias	3 parcelas

1.4.5. Caso o período de afastamento atestado inicialmente não possibilite a quitação do número máximo de parcelas garantidas pelo Contrato de Seguro, e a lesão, comprovadamente, exija extensão do afastamento inicialmente previsto, o Segurado deverá encaminhar um novo relatório médico justificando a continuação do seu afastamento total das atividades profissionais, com a evolução da incapacidade, o tratamento terapêutico em curso e a previsão de alta. Após a análise da Seguradora através de assessoria médica, se for o caso, serão pagas outras parcelas, até o limite máximo permitido, conforme o contrato de trabalho.

1.4.6. As coberturas de Perda de Renda por Desemprego e de Perda de Renda por Incapacidade não se acumulam. Desta forma, quando da ocorrência do sinistro, será verificada a situação profissional do

Segurado para definir qual das duas coberturas compete ao sinistro. Não há necessidade do Segurado informar à Seguradora uma possível mudança de sua situação profissional, a não ser na ocorrência posterior de sinistro coberto.

BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário deste seguro será o Banco PSA Finance Brasil S/A, de acordo com o tipo de operação que o Segurado tenha realizado, pois o objetivo do plano é o de quitar total ou parcialmente as parcelas do seu contrato.

CAPITAL SEGURADO

É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Beneficiário em caso de sinistro coberto, que neste plano corresponde ao saldo devedor para as coberturas de Morte e de Invalidez Permanente por Acidente, e de até 3 (três) parcelas para o caso de desemprego, para profissionais que exercem funções remuneradas por meio de salário, de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), ou a até 3 (três) parcelas, para o caso de incapacidade temporária por acidente ou doença, para os profissionais liberais ou autônomos.

LIMITES DE CONTRATAÇÃO

A somatória de todos os contratos de financiamento e/ou leasing do Segurado não pode ultrapassar a importância de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), para as coberturas de Morte ou de Invalidez. Assim sendo, reafirmando a regra para apuração do capital destas coberturas, temos que o Capital Segurado será igual ao saldo devedor existente na data de ocorrência do sinistro e limitado ao referido valor, por pessoa, independente do número de contratos existentes em seu nome.

Também será observado o limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) na soma das parcelas de todos os contratos de leasing e de financiamento do Segurado que estiverem em vigor no mês.

CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

A cobertura do seguro Tranquilidade Peugeot cessará quando ocorrer a quitação total do valor financiado junto ao Banco PSA Finance Brasil S/A, mesmo que esta quitação ocorra de forma antecipada ao vencimento normal do contrato de financiamento.

Não haverá cobertura securitária para qualquer evento ocorrido após a quitação do contrato junto ao Banco PSA Finance Brasil S/A, mesmo que esta quitação ocorra antecipadamente ao vencimento normal do referido contrato de financiamento.

LIMITE DE IDADE PARA CONTRATAÇÃO

O limite de idade para contratação do seguro é de 65 (sessenta e cinco) anos incompletos na data de contratação do plano.

PREVALÊNCIA

Estas Condições Particulares prevalecem sobre os itens das Condições Gerais a que se referirem, permanecendo inalterados os demais.

IMPORTANTE

I – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

II – O registro deste plano na SUSEP não implica no incentivo ou recomendação à sua comercialização.

III – O Segurado poderá consultar a regularidade da situação de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br) por meio do número de registro do Corretor na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF do mesmo.

IV - A **Indiana Seguros** também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão de processos, observados os seguintes pré-requisitos:

- Quando o cliente não concordar com a solução apresentada pelo setor responsável;
- Quando tiver transcorrido ao menos 30 (trinta) dias sem uma decisão do setor responsável;
- Quando o valor envolvido no sinistro for de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais);
- Quando o assunto objeto do recurso à Ouvidoria não estiver em discussão judicial ou em qualquer órgão de defesa do consumidor.

O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.indiana.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser enviado pelo email ouvidoria@indiana.com.br, pelo telefone 0800 740 3994, ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, 110 – 11º andar – São Paulo/SP – CEP: 04571-020 – **a/c Ouvidoria**.

Indiana Seguros S.A. - CNPJ: 61.100.145/0001-59
Processo SUSEP nº 10.004990/00-55

Out/2011