

Caro Segurado,

Parabéns! Você acaba de adquirir um produto com a qualidade **Indiana Seguros**, desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades de proteção a um preço justo.

O **Seguro Indiana Proteção Financeira** 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 estas Condições Gerais 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 do nosso site na Internet: www.libertyseguros.com.br.

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 Seguros

ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA.....	4
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	4
CLÁUSULAS E CONDIÇÕES	7
1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO	7
2. ÂMBITO GEOGRÁFICO	7
3. OBJETIVO	7
4. CONCEITO DAS COBERTURAS	7
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	8
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	9
7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	10
8. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	11
9. CARÊNCIA.....	11
10. FRANQUIA.....	11
11. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS.....	11
12. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	12
13. CAPITAL MÁXIMO POR SEGURADO PRESTAMISTA.....	12
14. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS.....	12
15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	13
16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	13
17. CUSTEIO DO SEGURO	13
18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	13
19. PAGAMENTO DO PRÊMIO	13
20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	14
21. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	14
22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	15
23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	16
24. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	17
25. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.....	18
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	18
27. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	18

28. CLÁUSULAS ADICIONAIS	18
29. RATIFICAÇÃO	18
30. PRESCRIÇÃO.....	19
31. FORO.....	19
32. DISPOSIÇÕES FINAIS	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	19
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A).....	19
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT-D)	21
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE).....	23
AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE (AFM)	25

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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

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 de 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 micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as 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.

Agravamento do Risco: É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do Contrato de Seguro celebrado entre a Seguradora e o Segurado, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelas Condições Especiais e Particulares. A Apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de Seguro.

Aviso de Sinistro: Comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais.

Beneficiários: São as pessoas que, em decorrência de sinistro coberto, farão jus ao recebimento do valor do Capital Segurado. O primeiro Beneficiário será sempre a Instituição de Crédito, no valor correspondente à eventual dívida do Segurado Prestamista existente à época do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado. O valor remanescente, se houver, será pago, no caso de morte, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo mesmo, e, no caso das coberturas de invalidez permanente e total por acidente; diárias de incapacidade temporária por acidente; diárias de incapacidade temporária por doença e; perda involuntária de emprego, ao próprio Segurado Prestamista, sempre obedecido o valor do Capital Segurado.

Capital Segurado: Valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter

direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Certificado Individual de Seguro: Documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do Proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais endossos e do certificado individual do seguro.

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

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários em relação a este seguro.

Contrato de Seguro: É o instrumento jurídico firmado entre o Segurado e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano de seguro e fixa os direitos e obrigações das partes.

Corretor de Seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Adesão, em que o Proponente do seguro presta informações sobre as suas condições de saúde.

Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes: São os acidentes sofridos e os sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro, que sejam de seu conhecimento e não declaradas na proposta de contratação.

Endosso: Documento emitido pela Seguradora, acessório ao Contrato de Seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do Contrato de Seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do Contrato.

Estipulante: 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.

Evento Coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Franquia: É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, correspondente a um período em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica ou por perda involuntária do vínculo empregatício, e durante o qual o Segurado não terá direito à indenização do seguro para qualquer evento.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.

Instituições de Crédito: São as instituições financeiras, como bancos, cooperativas de crédito e congêneres, que concedem créditos, empréstimos ou financiamentos a pessoas físicas.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, sendo que não poderá atuar como médico assistente, para efeitos deste seguro, o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.

Plano: É o grupo de garantias diferenciadas estabelecidas na Cláusula 3 destas Condições Gerais.

Prêmio: Valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às garantias contratadas. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, o que não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Proponente: Pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão: Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção em aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do risco e do interesse a ser garantido, pelo qual, o proponente pessoa jurídica, manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Renda: É a série de pagamentos periódicos devidos ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

Segurado: É o proponente (pessoa física) sobre o qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Prestamista: É a pessoa física que, através de contrato específico, tenha contraído dívida junto a Instituição de Crédito e que tenha sido regularmente aceita e incluída no seguro.

Seguradora: É a empresa que assume os riscos inerentes às garantias deste Contrato de Seguro, nos termos da legislação vigente, nas Condições Gerais deste Contrato e demais normas aplicadas ao setor.

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

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados: Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO

As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé e também de exatidão e veracidade.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

2.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas Condições Contratuais ou no Certificado Individual do Seguro.

2.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

3. OBJETIVO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir a amortização de eventual dívida contraída pelo Segurado Prestamista junto à Instituição de Crédito, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes das cláusulas a seguir, quando contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e ainda, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

3.2. As coberturas deste seguro dividem-se em:

I - Coberturas Básicas:

- Morte
- Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

II - Coberturas Adicionais:

- Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) por Acidente do próprio Segurado Prestamista
- Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) por Doença do próprio Segurado Prestamista
- Perda Involuntária de Emprego (PIE) do próprio Segurado Prestamista
- Auxílio Funeral em caso de Morte (AFM)

3.2.1. O Segurado deverá informar na Proposta de Seguro quais garantias pretende contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as demais, facultativas.

3.3. A descrição e as normas das garantias adicionais estão reguladas nas respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS

4.1. Cobertura Básica Morte (Natural ou Acidental): Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente e garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, na ocorrência de morte do Segurado Prestamista por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

4.2. Cobertura Básica Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente e garante ao(s) Beneficiário e/ou ao Segurado Prestamista o pagamento de uma indenização, quando ocorrer a sua invalidez permanente total por acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

4.2.1. Para fins de seguro, entende-se como Invalidez Permanente total por Acidente a perda, redução ou impotência funcional total, conforme estabelecido na tabela a seguir, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto, 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.

4.2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Discriminação	% Sobre Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

4.2.3. Na perda parcial, ficando reduzida(s) a(s) função(ões) do(s) membro(s) ou órgão lesado(s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.

4.2.4. Na falta de indicação de percentagem de redução e sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

4.2.5. Nos casos não especificados na tabela a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

4.2.6. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica idônea para essa finalidade.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado Prestamista;

- d) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

f.1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;

f) danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

f.1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

g) prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal; e

h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte.

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente total por acidente:

a) as doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

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

c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;

d) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;

e) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

f) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;

g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal; e

h) indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por danos morais, ou estéticos.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. Poderão ser incluídos no seguro os proponentes mediante assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

6.1.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.2. O início de vigência da cobertura será a data estabelecida na Proposta de Adesão e na Apólice.

6.3. Quando a Seguradora receber a Proposta de Adesão devidamente preenchida e assinada, terá início um período de no máximo 15 (quinze) dias, para avaliação do risco do seguro.

6.3.1. Serão aceitas as propostas de adesão cujos proponentes satisfaçam as seguintes condições:

- a) estar em boas condições de saúde;
- b) estar em plena atividade de trabalho ou aposentado por tempo de serviço;
- c) ter mais de 14 (quatorze) anos e no máximo 70 (setenta) anos de idade na data de início do seguro;
- d) a somatória da idade na data do início da vigência individual do Segurado com o maior prazo para quitação da obrigação assumida pelo Segurado não ultrapassar os limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice;
- e) declaração de conhecimento prévio das condições gerais do presente contrato;

6.3.2. Satisfeitas as condições do subitem anterior, será emitido o certificado individual do Segurado, o qual será enviado no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

6.4. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) ficará suspenso, voltando a ser contado a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.4.1. Vencido o referido prazo sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

6.5. Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do Proponente, este será comunicado por escrito, através de carta, informando os motivos da não-aceitação.

6.5.1. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento passará a ser devido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao Proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesses casos, o Proponente terá garantida a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

7.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas nas Condições Contratuais.

7.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

7.3. Nas propostas de seguro recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais.

7.4. Nas propostas de seguro recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

7.5. Na renovação da Apólice deverá ser observado o seguinte:

a) caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

b) a Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 24 - Cancelamento do Seguro, destas Condições Gerais.

7.5.1. A renovação automática a que se refere a alínea "b" não se aplica aos estipulantes ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência contrato, a inexistência de interesse na sua renovação.

7.5.2. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante.

7.5.2. Após a primeira renovação automática, o Estipulante, seu representante e/ou Corretor de Seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 30 (trinta) dias antes do final da vigência deste contrato.

7.5.3. A Seguradora fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou Corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionado, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.5.4. À proposta de renovação aplica-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação do Seguro, destas Condições Gerais.

8. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados, observados os termos dos subitens 7.3 e 7.4 da Cláusula 7 – Vigência, destas Condições Gerais.

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

8.1.2. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.3. No início de cada vigência individual, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do Seguro, contendo os nomes do Segurado e seu(s) Beneficiário(s), início e final de vigência individual dos Segurados Principal e Dependentes, Capital Segurado de cada cobertura relativa aos Segurados Principal e Dependentes e prêmio total, entre outros.

9. CARÊNCIA

9.1. A critério da Seguradora, poderá ser estabelecido prazo de carência para as coberturas Diárias de Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente e Perda Involuntária de Emprego previstas neste seguro, o qual estará limitado a 31 (trinta e um) dias.

9.1.1. Havendo carência, o período estará especificado na Apólice de Seguro e, exceto no caso de suicídio e sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no certificado de seguro.

9.1.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro.

9.2. O período de carência das coberturas será informado nas Condições Contratuais e contado a partir da data de vigência anual.

9.3. Estipulada carência para as garantias previstas nas Condições Gerais e Especiais, durante o prazo estabelecido a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

10. FRANQUIA

10.1. A Seguradora poderá estabelecer para as coberturas adicionais uma franquia em período de dias. Os critérios de sua aplicação serão definidos nas Condições Especiais da respectiva cobertura Adicional contratada e o período será o informado na Proposta de Adesão e nas demais Condições Contratuais.

10.2. Estipulada a franquia em período de dias para as garantias previstas nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais, durante o prazo estabelecido, a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

11. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

11.1. Em caso de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Prestamista, o primeiro Beneficiário será sempre a Instituição de Crédito até o limite do valor do saldo devedor da dívida existente na data do sinistro do Segurado Prestamista.

11.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada junto à Instituição de Crédito e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado Prestamista.

11.2.1. É facultado ao Segurado Prestamista indicar livremente o(s) segundo(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação do(s) segundo(s) Beneficiário(s), se aplicará, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

Art. 792:

“Na falta de indicação de pessoa o de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.”

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

11.2.2. Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro:

Art. 793:

“É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”

11.2.3. O Segurado Prestamista poderá, em qualquer época, substituir seu(s) segundo(s) Beneficiário(s), mediante manifestação escrita.

11.2.4. Caso o Segurado Prestamista não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) segundo(s) Beneficiário(s), na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o saldo remanescente do Capital Segurado ao(s) antigo(s) segundo(s) Beneficiário(s).

11.2.5. No caso da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente prevista nestas Condições Gerais, o segundo Beneficiário será sempre o próprio Segurado Prestamista.

12. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

12.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a Cobertura Básica, vigente na data do evento.

12.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Cobertura Básica de Morte: a data do falecimento;
- b) na Cobertura Básica de Invalidez Permanente Total por Acidente: a data ocorrência do acidente; e
- c) nas Coberturas Adicionais eventualmente contratadas: as definidas em cada uma das respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

12.3. O Capital Segurado do Segurado Prestamista será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice e irá corresponder ao valor total do financiamento ou do bem, ou ao valor do saldo devedor da dívida contraída pelo Segurado Prestamista, observado o capital máximo constante da Apólice.

12.4. Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade (dívida ou compromisso) não prevista inicialmente, contraída por Prestamista já segurado, ficando sujeito, portanto, às condições para ingresso no seguro e limite de Capital Segurado previstos nas Condições Contratuais.

13. CAPITAL MÁXIMO POR SEGURADO PRESTAMISTA

13.1. O Capital Segurado máximo de cada Segurado Prestamista não poderá exceder, em uma ou mais operações realizadas junto à instituição de crédito, o valor definido nas Condições Contratuais.

13.2. No caso da realização por um Segurado Prestamista de mais de uma operação do mesmo plano ou de outros planos junto à mesma Instituição de Crédito, a importância segurada total fica limitada ao Capital Máximo fixado por Segurado Prestamista, independentemente da quantidade de planos contratados.

13.3. Aplica-se ao conceito de plano, os grupos ou cotas de consórcio, contratos de financiamento, mutuários, tomadores de empréstimo, ou qualquer outro compromisso de dívida assumido pelo Segurado Prestamista, que será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice.

14. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS

14.1. No caso de transferência de dívida de um Segurado Prestamista para outra pessoa, este novo devedor, para ser incluído no seguro, deverá atender ao disposto em todos os itens destas Condições Gerais, especialmente os

requisitos da Cláusula 6 - Aceitação do Seguro, inclusive no que tange ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

14.2. O início de vigência do seguro do cessionário se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia subsequente àquele em que o documento de cessão/transferência for protocolado na sede do Estipulante da Apólice do presente seguro, desde que seja aceita a sua inclusão pela Seguradora.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

15.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios se fará independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

15.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo.

15.1.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do referido índice, a atualização monetária tomará por base o IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), em substituição àquele.

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

15.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual, por qualquer das partes contratantes, será fixado no percentual máximo de 2% (dois por cento) ao mês.

15.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice ora estabelecido, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

a) no caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

c) no caso de recusa da Proposta de Seguro ou da Proposta de Adesão: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

15.3. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice ora estabelecido.

15.4. Na hipótese de não-cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade, sendo assim considerada a data de ocorrência do evento.

16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

16.1. O prêmio de cada Segurado Prestamista é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo capital da Cobertura Básica de cada um dos Segurados Prestamistas e sua faixa etária.

16.2. Os Capitais Segurados e Prêmios poderão ser fixos durante toda a vigência do contrato, ou decrescentes, acompanhando a amortização da dívida e o respectivo saldo devedor, sendo o tipo de plano e critério para atualização de Capitais definidos na respectiva Apólice.

17. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Seguro, o custeio será contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento, total ou parcialmente, sobre o Segurado. Neste tipo de seguro serão incluídos na Apólice somente os componentes que se manifestarem expressamente pela sua inclusão.

18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Seguro, o prêmio deste seguro deverá ser pago à vista.

19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão no mínimo os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da Apólice e Proposta de Seguro;
- e) data limite para o pagamento.

19.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 19.1 diretamente ao Segurado ou seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

19.2. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, a Seguradora manterá registro das datas das operações realizadas.

19.3. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

19.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

19.5. A falta de pagamento do prêmio à vista implicará o imediato cancelamento da Apólice. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido realizado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

19.7. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do Seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária.

19.8. É vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

19.9. A instituição financeira fica terminantemente proibida de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, a instituição financeira fica obrigada a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

19.11. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio(s) pago(s) pelo(s) Segurado(s) ou Estipulante.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com a morte e/ou invalidez permanente total do Segurado Prestamista;**
- b) automaticamente, com a quitação da dívida, o cancelamento ou final de vigência da Apólice, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.**

21. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro o Segurado Prestamista ou o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) informá-lo à Seguradora, logo que o saiba(m), e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 22 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

21.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação constante na Cláusula 22 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, que comprove a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

21.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 22 – Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, desses documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

21.4. Não respeitado o prazo previsto no subitem 21.2, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 14 - Atualização de Valores. 21.4.1. Os juros moratórios serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, enquanto a atualização monetária será aplicada a partir da data do sinistro até a data do efetivo pagamento.

21.5. O pagamento será feito em parcela única, por meio de crédito em conta-corrente, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado Prestamista.

21.6. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. Os documentos a seguir indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas, para conclusão do procedimento administrativo:

22.1.1. Em decorrência de evento coberto que cause a morte do Segurado Prestamista, o(s) Beneficiário(s) deverá(ao) encaminhar à Seguradora:

I - Formulário Aviso de Sinistro;

II - Documentos do Segurado Prestamista em caso de morte natural:

a) cópia da certidão de óbito;

b) cópia da certidão de casamento, emitida após o óbito do Segurado Prestamista, se for o caso;

c) cópia do RG, CPF e comprovante de residência;

d) declaração médica indicando causa da morte, com firma reconhecida;

e) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença;

f) radiografias (quando houver); e

g) guia de internação (quando houver).

III - Em caso de ocorrência de evento por acidente, incluir os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;

b) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial;

c) laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se houver;

d) laudo de exame cadavérico (IML);

e) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

22.1.2. Em caso de ocorrência de evento coberto que cause a invalidez permanente total por acidente:

I – Formulário Aviso de Sinistro.

II - Documentos do Segurado Prestamista:

a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência;

b) documento que comprove a ocorrência do acidente - boletim de ocorrência (BO) ou comunicação de acidente de trabalho (CAT), conforme o caso;

- c) laudo de exame de corpo de delito (IML), conforme o caso;
- d) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, somente nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado Prestamista;
- e) relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez.

22.1.3. Documento da instituição de crédito do Segurado Prestamista:

- a) cópia do contrato e seus aditivos, referente ao compromisso assumido pelo Segurado Prestamista; ou qualquer outro documento comprobatório da dívida contraída pelo Segurado Prestamista e a Instituição de Crédito; e
- b) declaração da Instituição de crédito informando os valores atualizados do compromisso a ser quitado, demonstrando sua evolução desde a contratação.

22.1.4. Documentos do(s) Segundo(s) Beneficiário(s)

- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;

b) no caso de Beneficiários incapazes:

- menores sujeitos ao poder familiar: documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF).
- menores sujeitos à tutela: termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF).
- maiores de idade: termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).

c) em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados na alínea “a” deste subitem, documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do Segurado no momento do sinistro.

22.2. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

22.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

22.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

22.3.2. 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.

23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro:

Art. 765:

“O Segurado, e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.”

Art. 766:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na taxa, perderá o direito à Cobertura, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido”.

23.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado Prestamista, a Seguradora:

I- na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelará o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;

II - na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral: cancelará o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelará o seguro após o pagamento da indenização deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

23.2. O Segurado Prestamista também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;
- c) não-fornecimento da documentação solicitada; e
- d) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro:

Art. 768:

“O Segurado perderá direito à cobertura se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.”

23.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato de imediato e por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

“O Segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.”

23.4. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Estipulante, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 769 do Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

“O Segurador, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.”

23.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do Segurado:

Art. 769:

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

24. CANCELAMENTO DO SEGURO

24.1. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes. No caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

24.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado Prestamista, nas seguintes situações:

- a) se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessários para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;
- d) com o pagamento da indenização por morte do Segurado.

24.3. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado:

- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos da Cláusula 19 – Pagamento do Prêmio;**
- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- d) quando o Segurado praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.**

24.4. O pagamento de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento, pelo Segurado(s), não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s).

24.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

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

25. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem ainda obrigações do Segurado:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela mesma, incluindo dados cadastrais;**
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;**
- c) efetuar o pagamento dos prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- d) comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao risco contratado;**

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

27. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

Art. 800:

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.”

28. CLÁUSULAS ADICIONAIS

As Coberturas Adicionais somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na Apólice pelas Condições Contratuais e/ou Aditivo. Sua vigência coincidirá com a da Apólice quando incluídas no início do seguro; de modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no aditivo que as incluir na Apólice.

29. RATIFICAÇÃO

As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

30. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

31. FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado Prestamista ou do Beneficiário, conforme o caso, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as Partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

32. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)

1. Objetivo

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contratado para esta cobertura ao(s) Beneficiário(s) do Segurado Prestamista, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de um acidente pessoal coberto, apresente impossibilidade contínua e ininterrupta em exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, mantendo-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada.

2. Conceitos

Além dos conceitos previstos no Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais, para os fins deste seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a Previdência Social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

3. Riscos Excluídos

Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais (subitem 5.1), estão também excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:

- a) doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição tais como DORT, LER, Tenossinovite etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- e) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**

- f) choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4. Capital Segurado

- 4.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista e que será estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.
- 4.2. Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.
- 4.3. A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado é a data da ocorrência do acidente.
- 4.4. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

5. Carência

- 5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.
- 5.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, limitado ao máximo de 31 (trinta e um) dias.

6. Franquia

- 6.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.
- 6.2. O período de franquia não poderá ser superior a 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

7. Ocorrência de Sinistros

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 21 - Ocorrência de Sinistro das Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como deverá encaminhar também os documentos a seguir relacionados:

- a) comprovação de exercício de atividade profissional;
- b) cópia autenticada dos seguintes documentos:
 - b.1) recolhimento de ISS ou ICMS ou conhecimentos de frete dos últimos 2 (dois) meses; ou,
 - b.2) último Imposto de Renda ou carnê-leão.

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8. Reintegração do Capital Segurado

Após cada utilização do Capital Segurado relativo a esta cobertura, haverá reintegração automática, salvo nos casos de pagamento de diárias decorrente direta ou indiretamente do mesmo acidente.

9. Acumulação de Indenizações

9.1. As indenizações por Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de acidente são cumulativas com as coberturas básicas do presente seguro, isto é, se, em consequência de acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura, a Seguradora não deduzirá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DIT.

9.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

10. Término da Cobertura

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. Disposições Gerais

11.1. Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro Prestamista.

11.2. As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT-D)

1. Objetivo

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contratado para esta cobertura ao(s) Beneficiário(s) do Segurado Prestamista, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de doença coberta, apresente impossibilidade contínua e ininterrupta em exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, mantendo-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada.

2. Definições

Além dos conceitos previstos no Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais, para os fins deste seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a Previdência Social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

3. Riscos Excluídos

Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais (subitem 5.1), estão também excluídos desta cobertura os eventos decorrentes de:

a) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- c) tratamentos clínicos e cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção ou alterações físicas e orgânicas, inclusive cirurgias refrativas oculares, exceto quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto ocorrido na vigência do risco individual;
- d) tratamentos clínicos e cirúrgicos de caráter experimental ou não éticos;
- e) parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- f) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de evento coberto;
- g) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- h) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- i) tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto quando decorrentes de evento coberto ocorrido dentro do período de vigência individual;
- j) exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (*check-up*);
- k) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) eventos provocados intencionalmente pelo Ssegurado; e
- m) anomalias congênitas e doenças mentais, quaisquer que sejam as causas.

4. Capital Segurado

4.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista, e que será estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.

4.2. Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas Condições Contratuais e informado no Certificado Individual do Seguro.

4.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo afastamento, por determinação médica, do Segurado Prestamista da sua principal atividade laborativa.

4.4. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

5. Carência

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

5.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, limitado ao máximo de 31 (trinta e um) dias.

6. Franquia

6.1. Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de franquia não poderá ser superior a 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento.

7. Ocorrência de Sinistros

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 21 - Ocorrência de Sinistro das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como deverá encaminhar também os documentos a seguir relacionados:

- a) comprovação de exercício de atividade profissional;
- b) cópia autenticada dos seguintes documentos:
 - b.1) recolhimento de ISS ou ICMS ou conhecimentos de frete dos últimos 2 (dois) meses; ou,
 - b.2) último Imposto de Renda ou carnê-leão.

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8. Reintegração do Capital Segurado

Após cada utilização do Capital Segurado relativo a esta cobertura haverá reintegração automática, salvo nos casos de pagamento de diárias decorrente direta ou indiretamente da mesma doença.

9. Acúmulo de Indenizações

9.1. As indenizações por Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de doença são cumulativas com as coberturas básicas do presente seguro, isto é, se, em consequência de doença coberta, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude da mesma doença tiver recebido indenização por conta desta cobertura, a Seguradora não deduzirá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DIT decorrente de doença.

9.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

10. Término da Cobertura

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. Disposições Gerais

11.1. Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro Prestamista.

11.2. As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)

1. Objetivo

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente. Quando contratada, esta cobertura garante o pagamento, parcial ou total, do Capital Segurado contrato para esta cobertura para o(s) Beneficiário(s) do Segurado Prestamista, com vínculo empregatício (regime CLT), se, após o período de carência, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador e não motivada por justa causa, e desde que transcorrido período de franquia, o Segurado Prestamista permanecer desempregado e observadas as seguintes condições:

- a) o Segurado deverá ter uma permanência mínima de 1(um) ano ininterrupto no último emprego, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais;
- b) caso o Segurado Prestamista tenha permanecido no último emprego por um prazo inferior a 1 (um) ano, este ainda poderá ser considerado elegível à cobertura, mediante comprovação de outro emprego imediatamente anterior, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais e permanência mínima 24 (vinte e quatro) meses consecutivos, desde que o intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias;
- c) a forma de elegibilidade prevista na alínea "b" é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado Prestamista; para as demais reclamações, será considerada somente a condição prevista na alínea "a";
- d) o pagamento das parcelas será devido a partir do cumprimento da franquia estabelecida, desde que o Segurado Prestamista permaneça desempregado, não abrangendo portanto, parcelas vencidas anteriormente a esta data;
- e) não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, jovem aprendiz, temporários, trabalhadores admitidos por prazo determinado, aposentados e pensionistas;
- f) os Segurados Prestamistas que exercem simultaneamente atividade laborativa sob o regime CLT e autônomo ou liberal estarão aptos ao recebimento apenas da indenização pela Perda Involuntária de Emprego em caso de ocorrência de evento coberto, desde que prevista no plano de seguro contratado;
- g) nos casos em que o Segurado Prestamista exercer mais de uma atividade laborativa remunerada simultaneamente, o pagamento integral das parcelas será devido somente se a renda perdida se igualar ou superar o mínimo de 70% (setenta por cento) da renda total.

2. Definições

Aplicam-se a esta cobertura os conceitos previstos no Glossário de Termos Técnicos das Condições Gerais.

3. Riscos Excluídos

Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

- a) renúncia ou demissão voluntária do Segurado Prestamista;**
- b) demissão do Segurado Prestamista por justa causa;**
- c) pensão ou aposentadoria do Segurado Prestamista;**
- d) adesão do Segurado Prestamista a qualquer tipo de Plano de Demissão Voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;**
- e) cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;**
- f) falência do empregador;**
- g) alistamento no serviço militar.**

4. Capital Segurado

4.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado Prestamista.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo desligamento do Segurado Prestamista junto ao empregador.

5. Carência

5.1. Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

5.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, limitado ao máximo de 31 (trinta e um) dias.

6. Franquia

6.1. Estabelecida para esta Cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro.

6.2. O período de franquia não poderá ser superior a 90 (noventa) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do desligamento do Segurado Prestamista de seu emprego.

7. Ocorrência de Sinistro

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 21 - Ocorrência de Sinistro das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 22 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro das Condições Gerais, bem como deverá encaminhar também os documentos a seguir relacionados:

a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional:

- identificação do Segurado;

- qualificação civil;

- contrato de trabalho;

- rescisão do contrato.

b) cópia autenticada do formulário de seguro-desemprego.

7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou Segurado outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 21.2 será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento, pela Seguradora, destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

8. Reintegração do Capital Segurado

Após cada utilização do Capital Segurado relativo a esta cobertura, ocorrerá a sua reintegração automática.

9. Término da Cobertura

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10. Disposições Gerais

10.1. Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro Prestamista.

10.2. As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE (AFM)

1. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Morte e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

1.1. Esta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por

outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

2. Riscos Excluídos

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados no subitem 5.3 destas Condições Gerais.

3. Término da Cobertura

Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Prestamista, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:

- a) com a morte do Segurado;
- b) quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade; e,
- c) com o cancelamento do seguro.

4. Disposições Gerais

8.1. Esta Cláusula Adicional faz parte das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Prestamista.

8.2. As normas constantes desta Cláusula Adicional, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais, exceto as particularizadas no Contrato.

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.

Indiana Seguros S/A - CNPJ: 61.100.145/0001-59 - Código SUSEP do Produto N°. 15414.005704/2011-45