

Apólice 1.770.000.001
Endosso 0.000

Segurado

VOLVO ADMINISTRADORA DE CONSORCIO LTDA

CPF/CNPJ 074.118.381/0001-44

AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA, 2600 - CURITIBA - PR - 81260-900

Coberturas

Ramo	Descrição	Limite Máximo	Premio Líquido
0977-001	PRESTAMISTA		
0990-001	RENDA DE EVENTOS ALEATORIOS		
0929-001	AUXILIO FUNERAL		

Demonstrativo do Premio	(R\$)	(R\$)
Prêmio Chubb	0,00	
Prêmio Congêneres	0,00	
Prêmio Líquido Chubb	0,00	
Prêmio Líquido Congêneres	0,00	
Sub-Total		0,00
IOF		
Total		0,00

Corretor	Susep	Cód. Chubb
VOLVO CORRETORA DE SEGUROS ADM E SERV BRASIL LTDA	02001810410098	993662

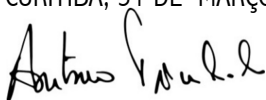
Vigência

Das 24:00hs do Dia 28/02/2017 às 24:00hs do dia 28/02/2018

Cosseguro

NÃO HÁ

CURITIBA, 31 DE MARÇO DE 2017



Antonio Trindade – Presidente
Chubb Seguros Brasil S.A. (em aprovação)

Cláusula Especial de Fracionamento de Prêmio

Quadro de Vencimento da(s) Parcela(s)

**** SEM MOVIMENTO ****

No Parcela	Prêmio Líquido	Adic./Juros	IOF	Valor da Parcela	Vencimento

Taxa de juros utilizada ao mês: 0,00 %

Conforme item 15.1 das Condições Gerais da Apólice: " Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal, a falta de pagamento de qualquer parcela acarretará a suspensão imediata e automática de todas as garantias, perdendo o segurado ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão".

Conforme item 15.2 das Condições Gerais da Apólice: "O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento do prêmio em atraso, descontado o prêmio referente ao período de suspensão, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir da data da reabilitação".

Identificação na Seguradora

Filial: CURITIBA
Canal de Distribuição: 01.1.05.4
Código do Cliente: 30566533
Tipo de Documento: APÓLICE ABERTA

Fale Conosco

SAC (Atendimento ao cliente)

0800 703 6665 (24 horas)

SAC (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

0800 724 5084 (24 horas)

Sinistro (2ª a 6ª feira das 8:00 às 20:00)

3003 4363 – Capitais e regiões metropolitanas

0800 702 5048 – Demais localidades

Ouvidoria (2ª a 6ª feira das 8:00 às 18:00)

0800 722 5059

Ouvidoria (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

(2ª a 6ª feira das 8:00 às 18:00)

0800 724 5084

Caixa Postal: 310, Agência 72300019, CEP: 01031-970

E-mail: ouvidoria@chubb.com

Informações SUSEP

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

Atendimento Exclusivo ao Consumidor (2ª a 6ª feira das 9:30 as 17:00)

0800 021 8484

Consulta Pública de Produtos

www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos

PLANO DE SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS

Palavras e frases que aparecem em **negrito** têm sentido e significado especial e específico e estão definidas no item 2 - "DEFINIÇÕES".

Índice

1. Objetivo do Seguro.....	3
2. Definições	3
3. Garantias.....	10
4. Riscos Excluídos.....	11
5. Âmbito Territorial da Cobertura.....	12
6. Carências/Franquias.....	13
7. Aceitação da Proposta de Seguro.....	13
8. Aceitação de Segurados.....	13
9. Atualização dos Valores do Seguro.....	15
10. Vigência e Renovação da Apólice.....	16
11. Vigência dos Seguros Individuais.....	16
12. Capital Segurado.....	17
13. Cancelamento do Seguro.....	17
14. Pagamento dos Prêmios.....	19
15. Suspensão, Reabilitação e Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal.....	21
16. Recálculo das Taxas.....	22
17. Obrigações do Estipulante.....	22
18. Procedimentos em Caso de Sinistro.....	24
19. Pagamento da Indenização.....	26
20. Medidas a serem tomadas pelo Segurado.....	27
21. Beneficiários.....	27
22. Perda do Direito à Indenização.....	28
23. Alterações neste Seguro durante a Vigência.....	29
24. Sub-rogação de Direitos.....	29
25. Material de Divulgação.....	29
26. Tributos.....	30
27. Foro.....	30
28. Prescrição.....	30
29. Disposições Finais.....	30

1. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), até o limite dos respectivos **capitais segurados**, caso venha a ocorrer um dos **Eventos Cobertos** previstos nas garantias contratadas, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas **Condições Gerais, do Contrato** e das **Condições Especiais** expressamente convencionadas.

O registro deste Plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

2. Definições

Para o propósito destas **Condições Gerais**, as definições no singular incluem o plural, e as definições no plural incluem o singular.

2.1. Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do **Segurado** ou que torne necessário tratamento médico, observado o disposto no item 4 destas **Condições Gerais**.

2 . 1 . 1 -
Incluem-se nesse conceito:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o **Segurado** ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros comprovados;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

2.1.2 - Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

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

2.2. Aditivo e/ou Endosso: É o 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 Aditivo/Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.

2.3. Apólice: é o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a **Seguradora** e o **Estipulante**. A **Apólice** será emitida pela **Seguradora**, devendo conter, obrigatoriamente, a íntegra destas **Condições Gerais** e, se houver, das **Condições Especiais** e do **Contrato**. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

2.4. Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.

2.5. Capital Segurado: é a importância máxima, contratada para cada garantia e definida nas Condições Especiais e no **certificado individual**, a ser paga pela **Seguradora** em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma **indenização** poderá ser superior ao **capital segurado** de cada garantia.

2.6. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as de acidente pessoal.

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

2.8. Certificado Individual: é o documento emitido pela **Seguradora** e entregue ao **Segurado Principal** para comprovar sua inclusão no seguro.

2.9. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da **proposta de seguro**, 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** do seguro.

2.10. Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as garantias contratadas pelo Estipulante dentro de um mesmo plano de seguro.

2.11. Condições Gerais: é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou garantias de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.12. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o **estipulante** e a **Seguradora**, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **estipulante**, da **Seguradora**, dos **segurados**, e dos **beneficiários**.

2.13. Corretor: é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.14. Declaração Pessoal de Saúde: é a declaração, constante da proposta de adesão, que o proponente a Segurado terá que preencher, de próprio punho, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.

2.15. Endosso: vide definição de aditivo.

2.16. Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito dos **segurados** e fica investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratuais.

2.17. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e de data incerta, previsto nas garantias do seguro inclusas na **Apólice**, ocorrido durante sua **vigência** e não excluído nas **Condições Gerais** do Seguro e, se houver, das **Condições Especiais** e do **Contrato**, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à **Seguradora** em favor do **Segurado** ou de seus Beneficiários.

2.18. Evento Preexistente: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo **segurado** antes da contratação do **seguro**, que seja do conhecimento do **segurado** e/ou **Estipulante** e não declarado na **Proposta de Adesão**.

2.19. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela **Seguradora** na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.20. Franquia: é a participação obrigatória do **Segurado** em caso de sinistro, e que será aplicada sobre o valor da **indenização**.

2.21. Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas vinculadas ao **Estipulante** que, gozando de perfeitas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídos no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas **Condições Gerais** e, se houver, nas **Especiais** e no **Contrato**.

2.22. Grupo Segurado: é a totalidade de componentes do **grupo segurável** regularmente incluídos no seguro, nos termos destas **Condições Gerais**.

2.23. Hospital: é qualquer estabelecimento legalmente constituído devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

2.24. Hospitalização: é a permanência em hospital sob regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico que não possa ser realizado em residência. Caracteriza-se como hospitalização o período de vinte e quatro horas, admitindo-se o período mínimo de doze horas, no caso de utilização de uma diária no início ou final do período de internação.

2.25. Indenização: é a porcentagem do **Capital Segurado** a ser pago pela **Seguradora** caso ocorra o **sinistro** durante a **vigência** do seguro. No caso de Morte, Invalidez Total e Permanente por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Doença, o valor da indenização será de 100% do capital segurado contratado.

2.26. IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo calculado mensalmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2.27. Limite Técnico ou Limite de Retenção: é o valor básico da retenção que a seguradora adota, em cada ramo, ou modalidade em que operar, fixado pela SUSEP, representando a quantia máxima que ela poderá reter em cada risco isolado. O limite técnico de cada seguradora é fixado tendo em vista a sua situação econômico-financeira e as condições técnicas de sua carteira no ramo ou modalidade de seguro.

2.28. Prêmio: é o valor a ser pago à **Seguradora** em contra prestação à(s) garantia(s) contratada(s).

2.29. Proponente: É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro, e que passará à condição de **Segurado** desde que aceito pela **Seguradora**.

2.30. Proposta de Seguro: é o formulário fornecido pela **Seguradora**, através do qual a empresa **proponente** manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de **Estipulante**, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas **Condições Gerais** e, se houver, nas **Condições Especiais** e no **Contrato**.

2.31. Proposta de Adesão: É o formulário fornecido pela **Seguradora** que, devidamente preenchido, assinado e entregue à **Seguradora**, caracteriza a vontade do **proponente** de ser incluído no seguro. Será anexada à **proposta de adesão** a íntegra destas **Condições Gerais**, para que o **proponente** delas tenha conhecimento antes de manifestar sua adesão.

2.32. Renda Diária: é o valor da indenização contratada pelo Segurado, correspondente a cada dia de hospitalização, na ocorrência de evento coberto, durante a vigência do seguro.

2.33. 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.

2.34. Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o **Estipulante**, regularmente incluída e aceita no **seguro**.

2.35. Segurados Dependentes: são o cônjuge ou a (o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

2.35.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- III- o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- IV - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

2.36. Seguradora: é a CHUBB SEGUROS BRASIL S.A. que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, assume a responsabilidade pelos riscos garantidos pela apólice, mediante recebimento do respectivo **prêmio**.

2.37. Sinistro: é a ocorrência de um **evento coberto** pelas garantias contratadas, ocorrido durante a **vigência** material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à **Seguradora**.

2.38. Tratamento: é o conjunto de atos médicos e hospitalares que objetiva, o restabelecimento da saúde do segurado, com a cura da doença.

2.39. Vigência: é o período de tempo fixado para a validade do seguro ou garantias.

3. Garantias

As garantias principais passíveis de contratação para este seguro são as abaixo mencionadas, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora e os riscos excluídos destas Condições Gerais e das respectivas Condições Especiais:

1. Morte
2. Morte Acidental
3. Invalidez Funcional Permanente e Total Por Doença
4. Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente
5. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas
6. Diária por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença
7. Diária por Internação Hospitalar por Acidente e/ou Doença
8. Doenças de Alto Risco
9. Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge
10. Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge
11. Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Filhos
12. Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos

3.1. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação de outras garantias mediante consulta à Seguradora.

3.2. Para caracterização deste plano em Seguro de Vida deverá ser contratada obrigatoriamente a garantia de Morte.

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

3.4. Seguro de Menores: Para segurados menores de 14 (quatorze) anos, quaisquer das garantias de morte destinam-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. Riscos Excluídos

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

- a) 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;
 - b) atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - c) doenças, acidentes ou lesões pré-existentes à contratação do seguro não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;
 - d) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- d.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;

- e) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos;
 - f.1) Nos seguros contratados por pessoas jurídicas a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes legais;
- g) a 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;
- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- i) morte do segurado provocada por epidemia declarada pela autoridade competente;
- j) acidentes ocorridos durante a participação do segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco.
- k) Danos morais

5. Âmbito Territorial da Cobertura

5.1. Nas respectivas Cláusulas de cada garantia serão estabelecidos os critérios de âmbito territorial.

6. Carências/Franquias

6.1. Caso existam carências e/ou franquias, as mesmas estarão definidas nas respectivas Cláusulas de cada garantia.

7. Aceitação da Proposta de Seguro

7.1. A Proposta de Seguro, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

7.1.1.1. As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Seguro.

7.2. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Seguro, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.2.1.1. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Seguro. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.

7.3. A não aceitação da Proposta de Seguro, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA.

8. Aceitação de Segurados

8.1. Poderão ser incluídos no seguro os **Proponentes** que preencham as seguintes condições:

- a) estejam em plenas condições de saúde;
- b) não tenham idade superior ao estabelecido nas **condições especiais** na data do início da cobertura individual; e,
- c) estejam em plena atividade profissional.

8.2. A inobservância a qualquer das condições previstas no item 8.1 destas Condições Gerais, acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado, exceto nas hipóteses em que o Contrato disponha de forma diferente.

8.3. A adesão ao Seguro será realizada mediante a assinatura, pelo **proponente**, de **proposta de adesão**.

8.4. A celebração ou alteração do seguro individual somente poderá ser feita mediante **proposta de adesão** assinada pelo **proponente**. A **Proposta de Adesão** assinada deverá ser entregue à **Seguradora**, a qual fornecerá protocolo identificando a **proposta recepcionada**, com indicação de data e hora de seu recebimento.

8.5. As **Condições Gerais** completas deste Seguro estarão à disposição dos **Segurados**, quando da apresentação da **Proposta de Adesão**.

8.6. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco e a **Seguradora** poderá eventualmente exigir, além dos questionários existentes na **Proposta de Adesão**, outros documentos necessários à análise do risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames complementares, e informações sobre a situação financeira do **Segurado**.

8.7. A **Seguradora** terá um prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a **proposta**, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação do risco.

8.8. A **Seguradora** poderá **por uma única vez** solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou de alteração da **proposta**. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da **Seguradora**, o seguro será considerado aceito.

8.9. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela **Seguradora**, que reserva a si o direito de aceitar ou não a **proposta** apresentada.

8.10. No início do contrato e a cada renovação a **Seguradora** entregará ao **segurado certificado individual** comprovando a aceitação, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término de vigência do seguro individual do **segurado principal** e dos **segurados dependentes**;
- b) Capital Segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes;
- c) Valor do prêmio total.

8.11. A recusa da **Proposta de Seguro** será comunicada por escrito com justificativa da recusa.

8.12. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPCA-IBGE.

8.13. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do **prêmio** pela **Seguradora** não implica na aceitação da **Proposta de Seguro**, devendo-se observar o disposto no item 8.7 destas **Condições Gerais**.

8.14. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação da **Proposta de Adesão**, informação ao proponente ou ao **Segurado** quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

9. Atualização dos Valores do Seguro

9.1. A atualização dos valores dos **Capitais Segurados** e prêmios relativos a este seguro será feita anualmente no aniversário do seguro individual pelo **IPCA-IBGE**, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice.

9.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

9.3. O **Contrato** poderá estabelecer ainda que, no caso de **capital segurado** múltiplo salarial, o valor do **capital segurado** e dos **prêmios** poderão ser alterados segundo a variação do salário ou provento do **Segurado Principal**.

10. Vigência e Renovação da Apólice

10.1. A Apólice vigerá pelo prazo de até 05 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou **ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais**.

10.1.1. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

10.2. Início de Vigência da Apólice

10.2.1. O início de vigência da Apólice se dará na data expressa no Contrato ou na Proposta de Seguro.

11. Vigência dos Seguros Individuais

11.1. Os seguros individuais terão **vigência** enquanto vigorar a apólice, desde que respeitados os demais termos destas **Condições Gerais**, especialmente as hipóteses de cancelamento do seguro.

11.2. O início de vigência do risco individual, desde que aceita a **Proposta de Adesão**, nos termos do item 8 (Aceitação de **Segurados**), será:

11.2.1. Nas **Propostas de Adesão** aceitas sem pagamento de **prêmio**, o início de **vigência** da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação ou com data distinta, desde que expressamente estabelecida no Contrato.

11.2.2. Nas **Propostas de Adesão** aceitas com pagamento de **prêmio**, o início de **vigência** da cobertura deverá coincidir com a data do pagamento do **prêmio**.

12. Capital Segurado

12.1. Para efeito de determinação do **Capital Segurado**, a data do evento constará das respectivas Cláusulas de cada garantia.

12.2. O **Capital Segurado** poderá ser escolhido pelo **Proponente** e/ou **Estipulante**, conforme determinar o **Contrato**, e não poderá ultrapassar o **Limite Técnico** de Aceitação da Seguradora.

12.3. O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no **Certificado Individual**.

12.4. O **Capital Segurado** dos **Segurados Dependentes** em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do **Capital Segurado** do respectivo **Segurado Principal**, observado o item 3.4. destas **Condições Gerais**.

13. Cancelamento do Seguro

13.1. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de prêmios:

- a) com a morte do Segurado Principal;
- b) com o recebimento do capital segurado relativo à garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), se contratada esta garantia;
- c) por solicitação formal do Segurado Principal;
- d) por falta de pagamento de prêmios, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- f) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários, seus dependentes ou prepostos;
- g) automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;
- h) automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

13.2. A apólice será cancelada:

- a) A qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo das Condições aplicáveis a este seguro, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14;
- c) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.
- d) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e) automaticamente quando houver atraso no pagamento de prêmios por um período superior há 90 (noventa) dias.

14. Pagamento dos Prêmios

14.1. Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na **Proposta de Seguro** e constante no **Contrato** o custeio poderá ser:

- a) Não contributivo, em que os **Segurados** não pagam **prêmio**, ou;
- b) Contributivo, em que os **Segurados** pagam **prêmio** total ou parcialmente.

14.2. O **prêmio** poderá ser pago através de débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou ficha de compensação, de acordo com a opção do **Estipulante** ou **Segurado**, constante na **Apólice**.

14.3. Caso o seguro esteja estruturado no critério tarifário de faixas etárias, sempre que ocorrer a alteração de idade do Segurado e, conseqüentemente, o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará a taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da apólice de seguro (ou "da data de aniversário do certificado individual").

14.4. O valor do **prêmio** será aquele determinado no **Contrato**, sendo reajustado sempre que houver reajuste do **Capital Segurado** e pelos mesmos índices.

14.5. Os pagamentos de **prêmios** efetuados por meio de cheques só serão considerados, para efeito de cobertura, após a competente compensação dos mesmos, perante os bancos sacados.

14.6. Se a data limite para o pagamento do **prêmio** à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

14.7. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, o critério adotado será o seguinte:

- 14.7.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

14.7.2. Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

14.7.3. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

14.7.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

14.7.5. Para os percentuais não previstos na tabela do subitem 14.7.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.7.6. A **seguradora** informará ao **segurado** ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 14.7.4.

14.7.7. O segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** -Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, antes do término do prazo estabelecido com base na tabela indicada no subitem 14.7.4.

14.7.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 14.7.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a seguradora operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.7.9. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

14.8. O disposto no **item 14.7** e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

14.9. No caso de recebimento indevido de **prêmio**, o mesmo será devolvido corrigido monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (**IPCA**) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) desde a data de recebimento do **prêmio** até a data do referido pagamento.

14.10. Este seguro está estruturado sob **Regime Financeiro de Repartição Simples**, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

15. Suspensão, Reabilitação e Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal

15.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal, a falta de pagamento de qualquer parcela acarretará a suspensão imediata e automática de todas as garantias, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.2. O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento do prêmio em atraso, descontado o prêmio referente ao período de suspensão, **respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir da data da reabilitação.**

15.3. O Estipulante/Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios mensais será notificado da suspensão das garantias e cientificado de que a não reabilitação do seguro, nas condições previstas no item 15.2 acima, no prazo de 10 (dez) dias, acarretará o cancelamento do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das garantias.

16. Recálculo das Taxas

16.1. Quando da implantação da **apólice**, fica facultado à **Seguradora** a revisão das condições inicialmente propostas e respectiva adequação das taxas do seguro, caso seja constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados enviados para estudo do grupo que cause desvio superior a 10% (dez por cento) no cálculo atuarial inicialmente realizado.

16.2. Na hipótese do item anterior, caso o **Estipulante** não concorde com a correção proposta pelo estudo técnico-atuarial, fica facultada à **Seguradora** proceder o cancelamento da **proposta** de seguro.

17. Obrigações do Estipulante

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

- I - fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II- manter a sociedade **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;
- III- fornecer ao **segurado**, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV- discriminar o valor do **prêmio** do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- V - repassar os **prêmios** à sociedade **seguradora**, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- VI- repassar aos **segurados** todas as comunicações ou avisos inerentes à **apólice**, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VII- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade **seguradora** responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o **Segurado**;
- VIII- comunicar, de imediato, à sociedade **seguradora**, a ocorrência de qualquer **sinistro**, ou expectativa de **sinistro**, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- IX- dar ciência aos **segurados** dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de **sinistros**;
- X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- XI- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

XII-informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade **seguradora**, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do **estipulante**.

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

18. Procedimentos em Caso de Sinistro

18.1. Prova de **Sinistro**

18.1.1. O **Segurado** ou seu(s) **beneficiário(s)**, para recebimento da **indenização**, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando a sociedade **seguradora** quaisquer medidas tendentes a elucidação do **sinistro**.

18.2. Documentos Necessários

18.2.1. Documentos básicos necessários para **Indenização** de **sinistros**:

Morte Natural:

- Xerox da Certidão de óbito;
- Xerox RG e CPF do **segurado** vitimado e **beneficiário**;
- Formulário denominado "Aviso de **Sinistro**" fornecido pela **Seguradora**, preenchido e assinado pelo médico que assistiu o **Segurado**, com firma reconhecida;

- Xerox Certidão de Nascimento ou Casamento do **segurado**;
- Comprovante de endereço do **segurado** e **beneficiários**;

Morte Acidental:

- Xerox Certidão de Óbito;
- Xerox Laudo Cadavérico - IML;
- Xerox Boletim de Ocorrência Policial;
- Xerox Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o **segurado** o motorista na ocasião do acidente);
- Xerox Certidão de Nascimento ou Casamento do **segurado**;
- Xerox RG e CPF do **segurado** e **beneficiário**;
- Comprovante de endereço do **segurado** e **beneficiários**;

18.2.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de **indenização** correrão totalmente a cargo da **Seguradora**.

18.2.3. As despesas efetuadas com a comprovação do **sinistro** e documentos de habilitação correrão por conta do **segurado** ou de seus **beneficiários**, salvo as diretamente realizadas pela sociedade **seguradora**.

18.2.4. **Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.**

18.2.5. As providências ou atos que a **Seguradora** praticar após o **sinistro** não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer **indenização**.

18.2.6. **Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.**

18.3. Junta Médica

18.3.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.3.1.1. 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.

18.3.1.2. 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.

19. Pagamento da Indenização

19.1. As indenizações, se devidas, serão pagas no Brasil, em moeda nacional, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de recebimento pela Seguradora, de todos os documentos necessários à comprovação ou elucidação do evento.

19.1.1. Caso a Seguradora exija apresentação de documentação complementar, na forma do disposto no item 18.2.4, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 19.1 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

19.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo de 30 (trinta) dias, previsto nos itens 19.1 e 19.1.1, a Seguradora pagará juros de mora de 0,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do IPCA-IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data do efetivo pagamento.

20. Medidas a serem tomadas pelo Segurado

20.1. Todo e qualquer fato capaz de acarretar obrigações de indenizar por parte da Seguradora deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através de fax ou carta, ou outro documento legal.

21. Beneficiários

21.1. O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.

21.2. O Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), incluir outro(s) e/ou complementar as indicações mediante manifestação por escrito à Seguradora e através de formulário próprio da Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

21.2.1. Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no item 21.2, a Seguradora desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

21.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

21.4. No caso de morte do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

21.4.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do (s) Segurado(s) Dependente (s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados Principal e Dependente(s) deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

22. Perda do Direito à Indenização

22.1. O Segurado perderá o direito à garantia deste seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiários:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- c) tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento e suas conseqüências;
- d) falta ou atraso do pagamento do prêmio do seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio já pago;
- e) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;
- f) não fornecimento da documentação solicitada;
- g) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

22.2. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

23. Alterações neste Seguro durante a Vigência

23.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

23.2. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

23.3. A renovação que não acarretar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante mediante a concordância da Seguradora.

24. Sub-rogação de Direitos

A **Seguradora** não se sub-rogará nos direitos e ações do **Segurado** ou do(s) **Beneficiários**, contra o causador do sinistro.

25. Material de Divulgação

As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da **Seguradora**, respeitadas, rigorosamente, as **Condições Gerais**, as **Condições Especiais** e a Nota Técnica submetidas à SUSEP.

26. Tributos

Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

27. Foro

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do **Segurado** ou do beneficiário, conforme o caso, no Brasil.

28. Prescrição

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

29. Disposições Finais

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

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

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

29.4. 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.

CLÁUSULA ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETO

1.1. A presente cláusula estabelece as condições de distribuição, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da apólice.

2. CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

2.1. A distribuição do excedente técnico deve ser realizada após o término da vigência anual da apólice, 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.

3. APURAÇÃO DE RESULTADOS

3.1. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou ao estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado no contrato.

3.2. Para fins de apuração de resultado técnico considera-se:

3.2.1. Como Receita

- a) Os prêmios líquidos, vencidos e efetivamente pagos, correspondentes ao período de apuração; e
- b) O estorno de sinistros computados em apurações anteriores e definitivamente não devidos.

3.2.2. Como Despesa

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) 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;
- e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e,
- f) As despesas efetivas de administração estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

3.3. As receitas e despesas deverão ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b) O aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração e/ou de agenciamento.

4. CRITÉRIO DE DISTRIBUIÇÃO

4.1. Os excedentes técnicos serão pagos na forma estabelecida no contrato.

- 4.1.1. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído será, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Quando houver resseguro, as receitas e despesas relativas ao resseguro não serão consideradas no cálculo de excedente, ou seja, a cláusula não inclui os valores do resseguro, tanto no que se refere a prêmio quanto a sinistro.

5.2. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

EM BRANCO

**CLÁUSULA DA GARANTIA DE INVALIDEZ
PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)**

1. COBERTURA

A presente Cláusula, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia, caso haja a perda, redução ou impotência funcional, **TOTAL**, conforme estabelecido na **Tabela** seguinte, 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, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.**

INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE	TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE D I S C R I M I N A Ç Ã O	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
T	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
O	Perda total do uso de ambas as mãos	100
T	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
A	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
L	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

2.1. Acidente Pessoal: Para fins desta garantia, prevalece o conceito definido no item "2. Definições" das Condições Gerais deste Seguro.

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

3.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. **A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.**

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

3.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.2.1. 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.

3.2.2. 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.

3.3. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados nos itens 2.1.2 e 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- b) o parto, o aborto e suas conseqüências, mesmo quando, provocados por acidente coberto;
- c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- d) o choque anafilático e suas conseqüências, mesmo que o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto.
- e) exercícios de atividades a bordo de aeronaves que não sejam as de linha regulares;
- f) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- g) a 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. A garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:

- a) quando o estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta garantia relativamente a todos os segurados;
- b) na data do cancelamento da apólice; e
- c) com a Invalidez TOTAL e Permanente por Acidente do Segurado.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1. O beneficiário do seguro é o próprio segurado.

9. OCORRÊNCIA DE ACIDENTE

9.1. Comprovada a ocorrência de sinistro coberto por esta garantia adicional, o segurado deverá:

- a) Comunicar o acidente à seguradora por intermédio do estipulante, através do Formulário "Aviso de Sinistros", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à seguradora ou seu representante legal.
- b) Da comunicação por carta ou fax, deverão constar a data, hora, local e causa do acidente;

- c) A comunicação na forma da alínea anterior não exonera o segurado da obrigação de apresentar o aviso de sinistro totalmente preenchido;
- d) Provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, e a adoção de medidas tendentes a plena elucidação do sinistro.
- e) O segurado acidentado deverá recorrer imediatamente a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa;
- f) Apresentar à seguradora, por intermédio do estipulante o atestado de alta médica com a respectiva avaliação da invalidez sofrida, em formulário apropriado.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

10.1. Comprovada a ocorrência de sinistro coberto por esta garantia, o segurado deverá, observado o item 18.2.4 das Condições Gerais, apresentar os seguintes documentos:

- Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão informando sempre se o paciente encontra-se em alta médica definitiva e anexando os exames realizados pelo Segurado.
- Xerox do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- Xerox CPF e RG do segurado;
- Xerox do Aviso de Alta Médica
- Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), quando o caso exigir;
- Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- Laudo de dosagem alcoólica, quando necessário;

10.2. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

11. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

11.1. As indenizações previstas para morte acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA ESPECIAL PARA PRESTAMISTAS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir a amortização de eventual dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias constantes no clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais, e, se houver, do Contrato.**
- 1.2. Para efeitos desta cláusula deverá ser contratada a garantia de Morte do segurado.
- 1.3. Poderão ainda ser inclusas as seguintes garantias:
- a) Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente; e
 - c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

2. DURAÇÃO DO SEGURO

- 2.1. Para cada segurado, a duração do respectivo seguro não poderá exceder a data de extinção da dívida ou do compromisso inicial.
- 2.2. Considerar-se-a como nova inclusão todo prestamista que, depois de terminada a operação anterior contrair nova dívida ou compromisso.
- 2.3. Considerar-se-a também como coberto, qualquer aumento de responsabilidade (dívida ou compromisso), não prevista inicialmente, contraída por prestamista já segurado, respeitado o capital máximo estabelecido.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Conforme definido na especificação da apólice, o capital segurado poderá ser:

- a) Constante: será referente ao valor inicial da dívida ou do compromisso e constante durante toda vigência do contrato.
- b) Variável: será referente ao saldo devedor da dívida ou do compromisso no momento do sinistro.

3.2. **As prestações em atraso na data do sinistro não são consideradas para efeito de indenização deste seguro.**

4. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

4.1. O capital segurado máximo será aquele definido nas especificações da apólice.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. Quando o capital for **Variável** o único beneficiário será o estipulante da apólice, pelo saldo devedor existente na data do evento coberto.

5.2. Quando o capital for **Constante** os beneficiários serão:

- a) O primeiro beneficiário será **sempre** o Estipulante, pelo saldo devedor existente na data do evento coberto;
- b) O segundo beneficiário será:
 - no caso de morte natural ou acidental: aquele previamente indicado pelo segurado;
 - no caso de invalidez permanente total: o próprio segurado.

5.2.1. Neste caso de capital Constante, a indenização paga ao segundo beneficiário será equivalente à diferença entre o valor inicial da dívida ou do compromisso e o valor do saldo devedor.

5.2.2. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) segundo(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Não havendo segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

6. TRANSFERÊNCIA

6.1. Os direitos decorrentes dos seguros contratados pela presente apólice não poderão ser objeto de transferência, cessão ou qualquer outro ônus.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

FOLHA EM BRANCO

CLÁUSULA DA GARANTIA DE MORTE

1. COBERTURA

1.1. A presente Cláusula, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.**

1.2. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que 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

2.1. Estão expressamente excluídos da garantia de Morte os riscos excluídos pelas Condições Gerais (item 4).

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta Garantia 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.

4.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

4.3. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. A garantia de Morte abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Ocorrendo a morte do segurado, deverá ser ela comunicada à Seguradora, pelos beneficiários ou seu representante, por meio do formulário aviso de sinistro, ou em carta registrada ou fax dirigido à Seguradora.

6.2. Os documentos básicos necessários para a análise do sinistro são aqueles constantes do Item 18 - Procedimentos em caso de Sinistro, das Condições Gerais.

6.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles estabelecidos. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 19.1. das Condições Gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:

- a) com a morte do Segurado;
- b) quando o estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta garantia relativamente a todos os segurados;
- c) na data do cancelamento da apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

EM BRANCO

CLÁUSULA DA GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL ADICIONAL

1. COBERTURA

1.1. A presente cláusula, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado da garantia de morte (natural ou acidental), **a título de reembolso de despesas com funeral**, caso o Segurado, principal ou dependente, venha a falecer, seja por morte natural, seja acidental, desde que devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e, se houver, do Contrato.**

2. LIMITE DE IMPORTÂNCIA SEGURADA PARA O EVENTO

2.1. A importância será aquela definida na especificação da apólice e constará do Certificado Individual.

2.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do segurado.

3. COMUNICAÇÕES / DOCUMENTOS

3.1. O reembolso das despesas conforme estabelecido na especificação da apólice será efetuado ao(s) beneficiário(s) do segurado em até 72 horas da data do óbito. Mediante a apresentação dos documentos a seguir relacionados:

- Carta / Fax informando nome do segurado, data de falecimento e causa da morte;
- Aviso de sinistro;
- Ficha de registro do segurado;
- Atestado de Óbito;

- Relação dos Beneficiários do Segurado
- Documento de Identificação do(s) beneficiário(s), conforme grau de parentesco deste(s) com o segurado (certidão de casamento / Nascimento / RG / CPF);
- Notas e Comprovantes Originais das despesas havidas com o funeral, respeitados os limites estabelecidos na especificação da apólice.

3.2. O reembolso das despesas com o funeral, por si só, não implica no reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro.

3.3. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

4.1. A garantia prevista nesta cláusula abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA

5.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:

- a) quando o estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta garantia relativamente a todos os segurados; e,
- b) na data do cancelamento da apólice.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

CLÁUSULA DA GARANTIA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. COBERTURA

1.1. A presente Cláusula, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao próprio Segurado o pagamento de diárias em caso de necessidade de afastamento de sua atividade profissional, **por um prazo superior a franquia, e limitado ao número de diárias contratadas, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.**

1.2. Caracteriza-se a incapacidade temporária quando ocorrer a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua atividade profissional durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.2.1. A incapacidade deverá ser comprovada mediante laudo médico idôneo e exames complementares.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 4 - Riscos Excluídos, das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura desta garantia os afastamentos ocorridos em consequência de:

- a) 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 Lesões 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- b) intercorrências ou complicações conseqüentes 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 do evento coberto ocorrido na vigência do risco individual;
- d) tratamentos clínicos e cirúrgicos de caráter experimentais ou não éticos;
- e) inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- f) tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas conseqüências;
- g) tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto decorrentes de evento coberto ocorrido dentro do período de vigência individual;
- h) exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (Chek-up);
- i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- j) Anomalias congênitas e doenças mentais quaisquer que sejam as causas.

3. NÚMERO DE DIÁRIAS

3.1. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, que está definida na especificação da apólice, observando-se o limite contratual máximo indenizável de 360 diárias por evento ou série de eventos.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado de cada diária de incapacidade temporária não pode ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para a garantia básica, salvo expressa menção em contrário na especificação da apólice.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado (valor da diária), a data em que o segurado se afastar de sua atividade profissional.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de franquias, 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 franquias será contado a partir da data do evento coberto, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

6. CARÊNCIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de carências, 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 carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual, ou de sua recondução caso tenha sido suspensa a garantia, e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

6.3. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidente.

7. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Comprovada a ocorrência de sinistro coberto por esta garantia, o segurado deverá, observado o item 18.2.4 das Condições Gerais, apresentar os seguintes documentos:

- Aviso de sinistro devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente;
- Atestado médico constatando os dias que o segurado deverá permanecer afastado, por sinistro coberto por este seguro com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento bem como a identificação do médico assistente;
- Xerox do CPF e RG do Segurado;
- Resultado dos Exames complementares realizados (laboratoriais, radiológicos, ultrassom tomográfico, ressonância magnética e etc);
- Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado);
- Boletim de ocorrência policial, se houver.

7.2. Todos os documentos, quando cópia, devem ser autenticados.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. A garantia de Diária por Incapacidade Temporária abrange somente os acidentes ocorridos no Brasil e durante a permanência do Segurado no país, salvo se expressamente mencionado em contrário na especificação da apólice.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessará individualmente para cada segurado:

- a) quando o estipulante solicitar por escrito, o cancelamento desta garantia relativamente a todos os segurados; e,
- b) na data do cancelamento da apólice.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas. As normas constantes desta Cláusula, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, tem função subsidiária.

