



Seja bem-vindo!

A partir de agora você pode contar com a gente! Vamos cuidar de tudo para você aproveitar o que realmente importa. Estaremos sempre por perto para que você tenha a melhor experiência Indiana.

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

Obrigado por escolher a Indiana Seguros,

Marcos Machini
Vice-Presidente Comercial

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| DEFINIÇÕES | 3 |
| CONDIÇÕES GERAIS - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA | 6 |
| 1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES | 6 |
| 2. OBJETIVO | 6 |
| 3. ÂMBITO GEOGRÁFICO | 6 |
| 4. COBERTURAS | 6 |
| 5. RISCOS COBERTOS | 6 |
| 6. RISCOS EXCLUÍDOS | 7 |
| 7. CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO SEGURO | 8 |
| 8. ACEITAÇÃO DO SEGURO | 8 |
| 9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE | 9 |
| 10. INÍCIO DA VIGÊNCIA | 10 |
| 11. CARÊNCIA | 10 |
| 12. FRANQUIA | 10 |
| 13. BENEFICIÁRIOS | 10 |
| 14. CAPITAL SEGURADO | 10 |
| 15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO | 11 |
| 16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES | 11 |
| 17. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS | 11 |
| 18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO | 12 |
| 19. PAGAMENTO DO PRÊMIO | 12 |
| 20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO | 13 |
| 21. OCORRÊNCIA DE SINISTROS | 13 |
| 22. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS | 14 |
| 23. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO | 16 |
| 24. CANCELAMENTO DO SEGURO | 17 |
| 25. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO SEGURADO | 17 |
| 26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO | 18 |
| 27. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS | 18 |
| 28. CLÁUSULAS ADICIONAIS | 18 |
| 29. RATIFICAÇÃO | 18 |
| 30. PRESCRIÇÃO | 18 |
| 31. FORO | 18 |
| 32. DISPOSIÇÕES FINAIS | 18 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA | 18 |
| 1. COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IT-A) | 18 |
| 2. COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (IT-D) | 20 |
| 3. COBERTURA ADICIONAL PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE) | 22 |

DEFINIÇÕES

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 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.

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

Capital segurado vinculado: Modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

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.

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 da Apólice de 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.

Credor: Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada. É o primeiro beneficiário do seguro prestamista.

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

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada

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.

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 e jurídicas.

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.

Obrigação: Produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

Plano: É o grupo de garantias diferenciadas estabelecidas na Cláusula 4 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 contratação do seguro e que passará a condição de Segurado somente após a aceitação pela Seguradora.

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

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. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.

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

1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP www.susep.gov.br, por meio do número do registro dele na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF.

2. OBJETIVO

2.1. O presente seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, até o limite do capital segurado contratado, na modalidade de Capital Segurado Vinculado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas básicas e/ou adicionais 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO

3.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

3.2. 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.

4. COBERTURAS

4.1.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte
- b) Morte Acidental
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

4.1.2. Coberturas Adicionais:

- a) Incapacidade Temporária por Acidente (IT-A)
- b) Incapacidade Temporária por Doença (IT-D)
- c) Perda Involuntária de Emprego (PIE)

4.2. O Segurado deverá informar na Proposta de Contratação quais garantias pretende contratar, sendo a cobertura básica obrigatória e as demais, facultativas.

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

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Coberturas Básicas de Morte

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente e quando contratada, garante ao(s) Credor(es) 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.

5.2. Coberturas Básicas de Morte Acidental

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente e quando contratada, garante ao(s) Credor(es) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado, na ocorrência de morte do Segurado Prestamista por causa acidental, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

5.3. Cobertura Básica Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente e garante ao(s) Credor(es) 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

5.3.1. 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.

5.3.2. Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

| 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 |

5.3.3. 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.

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

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. 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 Contratação 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;
 - e.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.

6.2. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, 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 e/ou estéticos.

7. CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação ou alteração do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou corretor de seguros habilitado, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Poderão contratar o seguro os proponentes mediante assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Contratação e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.1.1. 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.

8.2. O início de vigência da cobertura será a data estabelecida na Proposta de Contratação e na Apólice.

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

8.4. Somente poderão contratar o Seguro as pessoas que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

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 na data de início do seguro e no máximo 85 (oitenta e cinco) anos de idade ao final da dívida;
- 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.

8.5. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente informações complementares para avaliação do risco, dentro do prazo de 15 (quinze) dias.

8.6. 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.

8.7. É facultado à Seguradora solicitar informação ao Segurado ou ao proponente, para efeito de subscrição, da existência de outros contratos de seguro de pessoas com coberturas concomitantes e relacionadas à mesma dívida.

8.8. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

8.10. 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.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas na Proposta de Contratação.

9.2. Quando a obrigação a que o seguro está atrelado possuir data de término, o fim de vigência do risco individual coincidirá com este prazo, sendo as datas de início e fim de vigência especificadas no certificado individual de seguro.

9.3. Quando a obrigação não possuir uma data de término na data de contratação do seguro, o prazo de vigência será o acordado entre as partes.

9.4. 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 Contratação.

9.5. Na proposta de Contratação 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 na Proposta de Contratação.

9.6. Na proposta de contratação 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 Segurado.

9.7. Caso o Segurado Prestamista repactue o prazo original do contrato relativo à obrigação junto ao Credor, reduzindo o prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente.

9.8. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

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

a) 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.

10.5.1. A renovação automática a que se refere a alínea “a” não se aplica aos Segurados 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.

10.5.2. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Segurado.

10.5.3. Após a primeira renovação automática, o Segurado, 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.

10.5.4. A Seguradora fornecerá ao Segurado, 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.

10.5.5. À proposta de renovação aplica-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 8-ACEITAÇÃO DO SEGURO, destas Condições Gerais.

10. INÍCIO DA VIGÊNCIA

10.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nela indicados, observados os termos da Cláusula 9-VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, destas Condições Gerais.

10.2. Nas Apólices Seguro cuja proposta tenha sido recepcionada sem o 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.

10.3. As Apólices de Seguro cuja proposta tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

10.4. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice do Seguro, contendo os nomes do Segurado e seu(s) Beneficiário(s), início e final de vigência, Capital Segurado de cada cobertura e prêmio total, entre outros.

11. CARÊNCIA

11.1. A critério da Seguradora, poderá ser estabelecido prazo de carência para as coberturas de Incapacidade Temporária por Doença e Perda Involuntária de Emprego previstas neste seguro, a carência será definida em período de dias e constará nas Condições Gerais e Especiais da respectiva cobertura adicional contratada, na Proposta de Contratação e na Apólice de Seguro.

11.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto no caso de suicídio e sua tentativa**, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no certificado de seguro.

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

12. FRANQUIA

12.1. A Seguradora poderá estabelecer para as coberturas adicionais uma franquia em período de dias. Os critérios de sua aplicação e o período serão definidos na Proposta de Contratação, nas Condições Especiais da respectiva cobertura adicional e nas demais Condições Contratuais.

12.2. 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.

13. BENEFICIÁRIOS

13.1. Em caso de morte ou invalidez permanente total por acidente do Segurado Prestamista, o Beneficiário será sempre o Credor, até o valor da dívida existente na data do sinistro do Segurado Prestamista.

13.2. Considera-se para fins de indenização e beneficiário deste seguro contratado na modalidade Capital Segurado Vinculado, exclusivamente o Credor, uma vez que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação assumida pelo Segurado junto ao Credor, não havendo parcela remanescente de indenização.

14. CAPITAL SEGURADO

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

14.2. A modalidade para fins deste plano de seguro, é **Capital Segurado Vinculado**, ou seja, modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

14.3. 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 Morte Acidental: a data do acidente;

c) na Cobertura Básica de Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do acidente; e

d) nas Coberturas Adicionais eventualmente contratadas: as definidas em cada uma das respectivas Condições Especiais destas Condições Gerais.

14.4. 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.

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

14.6. Não serão incorporados ao valor do capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto, valores relacionados a parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado.

14.7. 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.

14.8. 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.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DO PRÊMIO

15.1. O Prêmio do Seguro será recalculado na mesma proporção e periodicidade em que ocorrer alteração do Capital Segurado Vinculado, de acordo com o estabelecido no contrato, e não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

16.1. 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.

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

16.1.1.1. 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.

16.1.1.2. 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.

16.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual, por qualquer das partes contratantes, será fixado no percentual de 1% (um por cento) ao mês.

16.2. 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 Contratação: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

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

16.4. 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.

17. TRANSFERÊNCIA DE DÍVIDAS

17.1. No caso de transferência de dívida de um Segurado Prestamista para outra pessoa, este novo devedor, para ter a cobertura do seguro, deverá apresentar uma nova proposta de contratação para um novo seguro, e atender ao disposto em todos os itens destas Condições Gerais, especialmente os requisitos da Cláusula 7- CONTRATAÇÃO OU ALTERAÇÃO, inclusive no que tange ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde.

17.2. O início de vigência do seguro do cessionário se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que for efetivada a cessão/transfêrencia da dívida, desde que seja aceito pela Seguradora.

18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Contratação, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

- a) à vista;
- b) fracionado

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 Contratação;
- 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.

19.3.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 18, constarão do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco receptor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

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. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

19.5.1. Não será cobrado nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;

19.5.2. Será garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

19.5.3. Os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias da data de emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar a vigência da Apólice;

19.5.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista da Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

| Número de dias | Percentual | Número de dias | Percentual |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|
| 15 | 13 | 195 | 73 |
| 30 | 20 | 210 | 75 |
| 45 | 27 | 225 | 78 |
| 60 | 30 | 240 | 80 |
| 75 | 37 | 255 | 83 |

| Número de dias | Percentual |
|----------------|------------|
| 90 | 40 |
| 105 | 46 |
| 120 | 50 |
| 135 | 56 |
| 150 | 60 |
| 165 | 66 |
| 180 | 70 |

| Número de dias | Percentual |
|----------------|------------|
| 270 | 85 |
| 285 | 88 |
| 300 | 90 |
| 315 | 93 |
| 330 | 95 |
| 345 | 98 |
| 365 | 100 |

19.5.5. Para percentuais não previstos no subitem 19.5.4, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

19.5.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 19.5.4 .

19.5.7. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 16-ATUALIZAÇÃO DE VALORES destas Condições Gerais dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

19.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referida do subitem 19.5.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, se dará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

19.5.9. 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, sem cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

19.6. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da primeira parcela não paga.

19.7. Nos casos previstos no subitem 19.1 quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

19.8. 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.

19.9. 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).

19.10. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice por inadimplência do segurado será adotada a seguinte hipótese pela sociedade seguradora:

I – PRAZO DE TOLERÂNCIA: cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao (s) beneficiário (s).

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com a morte natural ou acidental e/ou invalidez permanente total do Segurado Prestamista:**
- b) com a indenização por invalidez permanente total do Segurado Prestamista, e a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;**
- c) 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 16-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.

22.2. Em decorrência de evento coberto, o(s) Beneficiário(s) deverá(ao) encaminhar à Seguradora:

I - Documentos do Segurado Prestamista:

| Documentos Necessários | Morte | Morte Acidental | IPA, DIT-A, DIT-D | IFPD | PIE |
|--|-------|-----------------|-------------------|------|-----|
| Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e respectivo(s) médico(s) assistente(s) | X | X | X | | |
| Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente | | | | X | |
| Comprovação de exercício de atividade profissional; | | | X | | |
| Cópia autenticada da carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo; | | X | | | |
| Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, somente nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado Prestamista; | | | X | | |
| Cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional: - identificação do Segurado; - qualificação civil e - registro do último contrato de trabalho e página posterior em branco; | | | | | X |
| Cópia autenticada do formulário de seguro-desemprego; | | | | | X |
| Cópia autenticada do termo de rescisão do contrato de trabalho; | | | | | X |
| Cópia autenticada do último Imposto de Renda ou carnê-leão. | | | X | | |
| Cópia da carteira de Trabalho e Previdência Social e ficha de registro do funcionário na empresa; | | | | X | |

| Documentos Necessários | Morte | Morte Acidental | IPA, DIT-A, DIT-D | IFPD | PIE |
|---|--------------|------------------------|--------------------------|-------------|------------|
| Cópia da certidão de casamento com averbação do óbito do Segurado Prestamista, se for o caso; | X | X | | | |
| Cópia da certidão de óbito; | X | X | | | |
| Cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização | | X | | | |
| Cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial; | | X | | | |
| Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença; | X | X | | | |
| Cópia do RG, CPF, comprovante de residência e formulário de profissão e renda; | X | X | X | X | |
| Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença (data do sinistro); | | | | X | |
| Declaração médica indicando causa da morte, com firma reconhecida; | X | X | | | |
| Documento que comprove a ocorrência do acidente - boletim de ocorrência (BO) ou comunicação de acidente do trabalho (CAT), conforme o caso; | | | X | | |
| Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea anterior. | | | | X | |
| Guia de internação (quando houver). | X | X | | | |
| Laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se houver; | | X | | | |
| Laudo de exame cadavérico (IML); | | X | | | |
| Laudo de exame de corpo de delito (IML), conforme o caso; | | | X | | |
| Radiografias (quando houver); | X | X | | | |
| Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. | | | | X | |
| Relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez. | | | X | | |

II-Documentos do(s) Segundo(s) Beneficiário(s)

| Documentos Necessários | Morte | Morte Acidental |
|---|--------------|------------------------|
| Cópia do RG, CPF, comprovante de residência e formulário de profissão e renda do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou | X | X |
| Certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos; | X | X |
| No caso de Beneficiários incapazes: menores sujeitos ao poder familiar: documentos de identificação do pai e da mãe 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). | X | X |
| 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. | X | X |

III -Documento do agente de crédito credor do Segurado Prestamista:

| Documentos Necessários |
|-------------------------------|
|-------------------------------|

Declaração da Instituição de crédito informando os valores atualizados do compromisso a ser quitado, e extrato com as parcelas pagas e pendentes, demonstrando sua evolução desde a contratação.

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

22.4. 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.

22.5. 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.

22.6. 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 Segurado, 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. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

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;
- c) com o pagamento da indenização por morte do Segurado.

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

- a) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos da Cláusula 19-PAGAMENTO DO PRÊMIO;
- b) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- c) 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 rescisão 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 Segurado 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 pela Proposta de Contratação 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 - INDIANA PROTEÇÃO FINANCEIRA

1. COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IT-A)

1.1 OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Morte Acidental 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.

1.2 CONCEITOS

Além dos conceitos previstos nas Definições 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.

1.3 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais 6-RISCOS EXCLUÍDOS, 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.**

1.4 CAPITAL SEGURADO

1.4.1. 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 na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

1.4.2. Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

1.4.3. A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado é a data da ocorrência do acidente.

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

1.5 FRANQUIA

1.5.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

1.6 OCORRÊNCIAS DE SINISTRO

1.6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 21-OCORRÊNCIA DE SINISTROS Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

1.6.2. O pagamento da cobertura de Incapacidade Temporária será efetuado com base na seguinte tabela:

| Período de Afastamento | Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro |
|-------------------------------|--|
| De 16 a 46 dias | 1 parcela |
| De 47 a 77 dias | 2 parcelas |
| De 78 a 108 dias | 3 parcelas |
| De 109 a 139 dias | 4 parcelas |
| De 140 a 170 dias | 5 parcelas |
| De 171 a 201 dias | 6 parcelas |

1.6.3. 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.

1.7 ACUMULAÇÕES DE INDENIZAÇÕES

1.7.1. As indenizações por Incapacidade Temporária por Acidente (IT-A) 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 IT-A.

1.7.2. 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.

1.8 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.

1.9 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

2. COBERTURA ADICIONAL INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (IT-D)

2.1. OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Morte Acidental 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.

2.2. DEFINIÇÕES

Além dos conceitos previstos nas Definições 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.

2.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos expressamente excluídos pelas Condições Gerais 6-RISCOS EXCLUÍDOS, 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 Segurado; e
- m) anomalias congênitas e doenças mentais, quaisquer que sejam as causas.

2.4. CAPITAL SEGURADO

2.4.1. 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 na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

2.4.2. Nos casos em que o Capital Segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido na Proposta de Contratação e informado na Apólice do Seguro.

2.4.3. 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.

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

2.5. CARÊNCIA

2.5.1. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, com opções de planos conforme tabela a seguir:

| Plano | Período de Carência |
|-------|---------------------|
| 1 | 15 dias |
| 2 | 31 dias |

2.6. FRANQUIA

2.6.1. O período de franquia será de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data do afastamento.

2.7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

2.7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 21-OCORRÊNCIA DE SINISTROS Condições Gerais e providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

2.7.2. O pagamento da cobertura de Incapacidade Temporária será efetuado com base na seguinte tabela:

| Período de Afastamento | Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro |
|-------------------------------|--|
| De 16 a 46 dias | 1 parcela |
| De 47 a 77 dias | 2 parcelas |
| De 78 a 108 dias | 3 parcelas |
| De 109 a 139 dias | 4 parcelas |
| De 140 a 170 dias | 5 parcelas |
| De 171 a 201 dias | 6 parcelas |

2.7.3. 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.

2.8. ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

2.8.1. As indenizações por Incapacidade Temporária por Doença (IT-D) 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 IT-D decorrente de doença.

2.8.2. 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.

2.9. 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.

2.10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

3. COBERTURA ADICIONAL PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE)

3.1. OBJETIVO

Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte ou Morte Acidental 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”; e
- 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 (PIE) 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.

3.2. DEFINIÇÕES

Aplicam-se a esta cobertura os conceitos previstos nas Definições das Condições Gerais.

3.3. 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.**

3.4. CAPITAL SEGURADO

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

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

3.5. CARÊNCIA

3.5.1. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos, com opções de planos conforme tabela abaixo:

| Plano | Período de Carência |
|--------------|----------------------------|
| 1 | 15 dias |
| 2 | 31 dias |

3.6. FRANQUIA

3.6.1. O período de franquia será contados a partir da data do desligamento do Segurado Prestamista de seu emprego, e considerará dias consecutivos e ininterruptos, com opções de planos conforme tabela abaixo:

| Plano | Período de Franquia |
|--------------|----------------------------|
| 1 | 15 dias |
| 2 | 30 dias |
| 3 | 45 dias |
| 4 | 60 dias |
| 5 | 75 dias |
| 6 | 90 dias |

3.7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

3.7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito na Cláusula 21-OCORRÊNCIA DE SINISTROS das Condições Gerais e providenciando os documentos básicos descritos na Cláusula 22-RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

3.7.2. 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.

3.8. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

3.9. 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.

3.10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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