



CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO PRESTAMISTA



CENTAURO
Seguros para viver

CENTAURO & CONSTELLATION INSURANCE, INC

APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais do Seguro Prestamista Coletivo que regulamentam o funcionamento da apólice de seguro contratada.

Para todos os efeitos, serão consideradas exclusivamente as disposições referentes às coberturas especificadas e contratadas pelo segurado, desconsiderando quaisquer outras que não estejam expressamente descritas na apólice e nestas Condições Gerais e Especiais.

Nos casos não previstos neste documento, aplicam-se as normas legais e regulamentares vigentes que regem os contratos de seguro no Brasil.

Ao contratar o seguro, o segurado declara ter conhecimento destas Condições Gerais, comprometendo-se a observá-las, especialmente no que se refere às cláusulas que estabelecem limitações, exclusões e obrigações contratuais.

Recomendamos a leitura atenta de todo o conteúdo, para melhor compreensão das condições do seguro.

As coberturas efetivamente contratadas estarão descritas na apólice ou no documento contratual correspondente.

DISPOSIÇÕES INICIAIS

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- b) O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- d) As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Centauro Vida e Previdência S/A junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo 15414.611570/2023-30.

SUMÁRIO



1) DEFINIÇÕES	4
2) CONDIÇÕES QUE REGEM O SEGURO	7
3) OBJETIVO DO SEGURO	8
4) GRUPO SEGURÁVEL	8
5) CONTRATAÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO	8
6) COBERTURAS DO SEGURO	9
7) RISCOS EXCLUÍDOS	13
8) CARÊNCIAS E FRANQUIAS	15
9) ACEITAÇÃO DO SEGURO	15
10) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	16
11) ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE	17
12) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	18
13) ATUALIZAÇÃO / RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO	18
14) CUSTEIO DO SEGURO	18
15) PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	19
16) CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	20
17) PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	20
18) RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	22
19) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	24
20) BENEFICIÁRIOS	24
21) MODIFICAÇÕES DE RISCO	25
22) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	25
23) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS	26
24) EXCEDENTE TÉCNICO	27
25) RESOLUÇÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DO SEGURO	28
26) ALTERAÇÃO CONTRATUAL	29
27) FORO	29
28) PRESCRIÇÃO	29
29) MUDANÇA NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA	29
30) CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	30

1) DEFINIÇÕES

ACEITAÇÃO: aprovação, pela seguradora, da proposta de seguro a ela submetida para a contratação do seguro.

ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que o suicídio voluntário será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observado o prazo de carência aplicado a esse evento.

AGRAVAMENTO DO RISCO: ação ou omissão praticada pelo segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATO DOLOSO: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

ATO ILÍCITO: toda a ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de um sinistro, que o segurado ou o(s) beneficiário(s) deverá(ão) encaminhar à seguradora, assim que tenha conhecimento do evento passível de cobertura.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

BOA-FÉ: um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à indenização dos capitais segurados contratados.

CARREGAMENTO: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURA DO SEGURO: compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas condições gerais, das condições especiais, da apólice, do Contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam 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 e, quando couber, do estipulante.

CORRETOR DE SEGUROS: profissional habilitado e autorizado a angariar e promover

contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nos prêmios.

CREDOR: aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

DATA DO EVENTO: Data de ocorrência do evento ou risco coberto.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEVEDOR: aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

DOENÇA: é o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando em classificação de acidente pessoal.

DOLO: intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

ENDOSSOS (OU ADITIVOS): documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

ENCAMPAÇÃO: é a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra seguradora.

ESTIPULANTE: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação e regulação em vigor. O estipulante poderá manter vínculo indireto com o grupo segurado por intermédio de subestipulante, para o qual se aplicam todas as disposições destas condições gerais, observados os limites de atuação e de responsabilidades definidos no contrato em relação a cada parte.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à seguradora em favor do segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

EXCEDENTE TÉCNICO: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO: documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

FORO: refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

FRANQUIA: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

FRAUDE: obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardis, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: é o valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: é o índice econômico adotado pela seguradora para atualização dos valores.

INFORMAÇÕES RELEVANTES: são os dados, fatos ou circunstâncias que o segurado deve declarar para a seguradora e que tenham ocorrência e ciência de sua existência antes da contratação, sejam elas decorrentes de pareceres médicos, exames, consultas médicas e que influenciem diretamente na aceitação da proposta, independentemente da existência de um questionamento pela seguradora de forma específica, mas que decorram do histórico de saúde do segurado.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

LAUDO MÉDICO: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do segurado.

LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO: pagamento da indenização propriamente dita, devida ao segurado ou aos seus Beneficiários após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

MÁ-FÉ: agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.). Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

OBRIGAÇÃO: dívida 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.

OMISSÃO: no seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

PERÍODO DE ANÁLISE DO RISCO: período de 25 (vinte e cinco) dias, a serem contados a partir do dia de recebimento, pela seguradora, da Proposta de Contratação, devidamente preenchida e assinada pelo proponente e dos documentos complementares solicitados.

PERÍODO DE COBERTURA: período em que o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo seguro.

PRÊMIO: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PROPONENTE: pessoa que propõe a contratação do seguro e que passará à condição de segurado somente após sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa

a intenção de aderir à contratação coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento em que o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro em proveito dos componentes do grupo segurável, nele manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: regime por meio 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 nesse mesmo período.

REGULAÇÃO DE SINISTROS: conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: recomposição do capital segurado após a liquidação do sinistro.

RESILIÇÃO DO CONTRATO: é a extinção de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ainda ser implementada por ato unilateral de uma das partes.

RISCOS EXCLUÍDOS: eventos preestabelecidos nas condições gerais e especiais do seguro, que isentam a seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

SEGURADO: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

SINISTRO: ocorrência de um dos eventos cobertos, durante o período de vigência do seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição a fiscalização, normatização e regulação dos seguros privados.

TAXA SELIC: taxa básica de juros da economia brasileira, servindo de referência para a apuração e cálculo de juros de mora, sendo definida pelo Conselho de Política Monetária – COPOM, órgão vinculado ao Banco Central do Brasil.

VESTING: conjunto de cláusulas constantes do contrato coletivo que o segurado, tendo expressado prévio conhecimento, é obrigado a cumprir para que lhe possam ser oferecidos e postos à disposição os recursos da provisão (ou provisões) decorrentes dos prêmios pagos pelo estipulante.

VIGÊNCIA: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o Contrato, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL: período em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

2) CONDIÇÕES QUE REGEM O SEGURO

As condições deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

2.1 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, para o plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.2 Condições Especiais

Especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano.

2.3 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do segurado, dos beneficiários, do estipulante e subestipulante.

2.4 Contrato

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

3) OBJETIVO DO SEGURO

3.1 Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais e até o limite do capital segurado contratado.

3.2 Este seguro é de contratação coletiva.

4) GRUPO SEGURÁVEL

4.1 O grupo segurável será constituído por pessoas físicas vinculadas a obrigações assumidas junto ao credor, podendo o seguro estar associado a obrigações contraídas por pessoas jurídicas, desde que a cobertura recaia sobre a vida de sócios, administradores ou responsáveis pela obrigação.

4.2 O seguro prestamista poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro.

i. O seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários.

ii. A forma da inclusão de cada segurado e respectiva participação no capital segurado total vinculado a pessoa jurídica será definido no Contrato ou Proposta de Contratação.

4.3 É admitida a elaboração de seguro prestamista empresarial integral, o qual o valor do capital segurado referente a cada sócio sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição societária do estipulante, desde que apresente, simultaneamente, as seguintes características:

i. seja seguro coletivo estipulado pela pessoa jurídica contratante da obrigação a que o seguro está atrelado, sem dispensa do preenchimento e assinatura de Proposta de Contratação;

ii. o capital segurado individual seja apurado na data do evento, proporcionalmente à participação do segurado sinistrado na composição societária do estipulante em relação ao capital segurado integral.

iii. o preenchimento da proposta de adesão e a emissão do certificado individual não são obrigatórios para os seguros com esta característica.

5) CONTRATAÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO

5.1 A forma de contratação das coberturas do seguro, se isolada ou conjugada, será definida no Contrato, na Proposta de Contratação e/ou na Proposta de Adesão.

6) COBERTURAS DO SEGURO

6.1 Morte Qualquer Causa (M)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização ao credor, limitado ao capital segurado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, e qualquer que seja o local de ocorrência.

6.1.1 Data do evento: será considerada como data do evento, a data da morte do segurado.

6.1.2 Franquia: não será aplicada qualquer franquia para esta cobertura.

6.1.3 Carência: poderá ser aplicada carência a qual será estabelecida no Contrato e/ou Proposta de Contratação. Para suicídio do segurado será aplicada carência de dois anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso, independente da sanidade do segurado.

6.1.4 Âmbito geográfico da cobertura: esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6.1.5 Forma de pagamento da indenização: será paga sob a forma de pagamento único.

6.2 Morte Acidental (MAC)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização ao credor, limitado ao capital segurado, em caso de morte acidental do segurado, e qualquer que seja o local de ocorrência.

6.2.1 Data do evento: será considerada como data do evento, a data da morte do segurado.

6.2.2 Franquia: não será aplicada qualquer franquia para esta cobertura.

6.2.3 Carência: não haverá carência para esta cobertura salvo para suicídio do segurado que será aplicada carência de dois anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso, independente da sanidade do segurado.

6.2.4 Âmbito geográfico da cobertura: Esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6.2.5 Forma de pagamento da indenização: será paga sob a forma de pagamento único.

6.3 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização ao credor, limitado ao capital segurado vigente, relativo a perda total de um membro ou órgão do segurado, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente coberto, conforme tabela abaixo:

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O 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%

6.3.1 Data do evento: será considerada como data do evento, a data do acidente.

6.3.2 Franquia: não será aplicada qualquer franquia para esta cobertura.

6.3.3 Carência: não será aplicada qualquer carência para esta cobertura.

6.3.4 Âmbito geográfico da cobertura: esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6.3.5 Forma de pagamento da indenização: será paga sob a forma de pagamento único.

6.3.6 Cancelamento do seguro: com o pagamento da indenização desta cobertura, cessará a cobertura individual do segurado sinistrado.

6.4 Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização, limitada ao valor e número de parcelas estabelecido no Contrato, no caso do segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, causada por acidente pessoal ou doença cobertos durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e após o período de carência e respeitada a franquia. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possuam comprovação de renda.

6.4.1 Data do evento: será considerada como data do evento, a data que for atestada a Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

6.4.2 Franquias e Carências: se aplicadas serão especificadas no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

6.4.3 Âmbito geográfico da cobertura: esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em todo território brasileiro.

6.4.4 Forma de pagamento da indenização: respeitada a carência e franquia, se houver, será paga sob a forma de pagamento único ou através de prestações mensais e sucessivas em conformidade com o Contrato e/ou Proposta de Contratação, condicionado ao período em meses que o segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro. O pagamento da primeira parcela/renda/mensalidade será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à seguradora da documentação completa e, os demais pagamentos, se prevalecer a condição de incapacidade temporária, a cada 30 (trinta) dias do último pagamento, observado o limite e periodicidade de pagamento do capital segurado estabelecido no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

6.4.5 Reintegração do capital segurado: após cada evento, a reintegração do capital segurado é automática, sem cobrança de prêmio adicional.

6.5 Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização, limitada ao valor e número de parcelas estabelecido no Contrato, no caso do segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, causada por acidente pessoal coberto durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no

período de vigência do seguro e após o período de carência e respeitada a franquia. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possuam comprovação de renda.

6.5.1 Data do evento: será considerada como data do evento, a data que for atestada a Incapacidade Temporária por Acidente.

6.5.2 Franquias e Carências: se aplicadas serão especificadas no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

6.5.3 Âmbito geográfico da cobertura: esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em todo território brasileiro.

6.5.4 Forma de pagamento da indenização: respeitada a carência e franquia, se houver, será paga sob a forma de pagamento único ou através de prestações mensais e sucessivas em conformidade com o Contrato e/ou Proposta de Contratação, condicionado ao período em meses que o segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro. O pagamento da primeira parcela/renda/mensalidade será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à seguradora da documentação completa e, os demais pagamentos, se prevalecer a condição de incapacidade temporária, a cada 30 (trinta) dias do último pagamento, observado o limite e periodicidade de pagamento do capital segurado estabelecido no Contrato do Seguro e/ou Proposta de Contratação.

6.5.5 Reintegração do capital segurado: após cada evento, a reintegração do capital segurado é automática, sem cobrança de prêmio adicional.

6.6 Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização, limitada ao valor e número de parcelas estabelecido no Contrato, caso ocorra o desemprego involuntário do segurado durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos.

Entende-se por Perda de Renda por Desemprego Involuntário o segurado que perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observadas as demais condições estabelecidas no Contrato do Seguro.

6.6.1 Data do evento: será considerada como data do evento, a data do desemprego involuntário.

6.6.2 Franquias e Carências: se aplicadas serão especificadas no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

6.6.3 Âmbito geográfico da cobertura: esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em todo território brasileiro.

6.6.4 Forma de pagamento da indenização: respeitada a carência e franquia, se houver, será paga sob a forma de pagamento único ou através de prestações mensais e sucessivas em conformidade com o Contrato do Seguro e/ou Proposta de Contratação, condicionado ao período em meses que o segurado permanecer na condição de desemprego involuntário, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou quando o segurado voltar a exercer qualquer forma de

trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro. O pagamento da primeira parcela/renda/mensalidade será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à seguradora da documentação completa e, os demais pagamentos, se prevalecer a condição de desemprego involuntário, a cada 30 (trinta) dias do último pagamento, observado o limite e periodicidade de pagamento do capital segurado estabelecido no Contrato do Seguro e/ou Proposta de Contratação.

6.6.5 Reintegração do capital segurado: após cada evento, a reintegração do capital segurado é automática, sem cobrança de prêmio adicional.

6.7 Perda de Renda (PR)

Esta cobertura garante o pagamento de indenização, limitada ao valor e número de parcelas estabelecido no Contrato:

I - No caso do segurado com vínculo empregatício

Caso ocorra a Perda de Renda por Desemprego do segurado durante a vigência do seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos.

Entende-se por Perda de Renda por Desemprego Involuntário o segurado que perder o emprego involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa e permaneça sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

Serão seguráveis as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento, observadas as demais condições estabelecidas no Contrato do Seguro.

II - No caso do segurado sem vínculo empregatício

No caso do segurado ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, causada por acidente pessoal ou doença cobertos durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e após o período de carência e respeitada a franquia. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possuam comprovação de renda.

6.7.1 Data do evento:

i. No caso do segurado com vínculo empregatício será considerada como data do evento, a data do desemprego involuntário.

ii. No caso do segurado sem vínculo empregatício será considerada como data do evento, a data que for atestada a incapacidade temporária por acidente ou doença.

6.7.2 Franquias e Carências: se aplicadas serão especificadas no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

6.7.3 Âmbito geográfico da cobertura: esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em todo território brasileiro.

6.7.4 Forma de pagamento da indenização: respeitada a carência e franquia, se houver, a indenização será paga sob a forma de pagamento único ou por meio de prestações mensais sucessivas, em conformidade com o Contrato e/ou Proposta de Contratação, enquanto perdurar a condição de desemprego involuntário, no caso de segurado com vínculo empregatício, ou a incapacidade temporária, no caso de segurado sem vínculo empregatício, cessando com o esgotamento do capital segurado contratado ou com o retorno do segurado ao exercício de atividade remunerada, o que ocorrer primeiro. O pagamento da primeira parcela será efetuado

até o 30º (trigésimo) dia útil após a entrega à seguradora da documentação completa e, os demais pagamentos, se persistirem as condições que deram causa ao sinistro, ocorrerão a cada 30 (trinta) dias contados do último pagamento, observado o limite e a periodicidade de pagamento do capital segurado estabelecidos no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

6.7.5 Reintegração do capital segurado: após cada evento, a reintegração do capital segurado é automática, sem cobrança de prêmio adicional.

7) RISCOS EXCLUÍDOS

7.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta, de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de doenças ou lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas no processo de subscrição do risco e que sejam de conhecimento do segurado, cuja informação tenha sido omitida voluntariamente quando questionado pela seguradora no momento da contratação;**
- d) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras. Não estão abrangidos nestes riscos excluídos os eventos exclusivamente de Morte e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença causados pela Covid-19 e suas variantes;**
- e) suicídio do segurado, ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso;**
- f) tufões, inundações, furacões, ciclone, maremoto, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;**
- g) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa, estado de necessidade ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica;**
- i) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;**
- j) competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício legal da prática de esportes;**
- k) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou**

equipamento que requeira aptidão, sem que possua habilitação apropriada;
l) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
m) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
n) eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

7.2 Além dos riscos mencionados no subitem 7.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente, Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA), Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT) e Perda de Renda (PR):

- a) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- b) O parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- c) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- d) O choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- e) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
- f) Mutilação voluntária ou premeditada;
- g) Perda de dentes e os danos estéticos.

7.3 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nestas condições contratuais.

7.4 Além dos riscos mencionados no subitem 7.1, 7.2 e 7.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda e Perda de Renda por Desemprego Involuntário:

- a) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- b) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
- c) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- d) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- e) demissão por justa causa do trabalhador segurado, exceto em caso de reversão de demissão por justa causa pelo Poder Judiciário;
- f) desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
- g) falência da empresa na qual trabalha o segurado;
- h) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;
- i) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- k) desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato;

e

l) perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.

7.5 Não haverá pagamento de indenização, caso haja a resolução ou cessão do contrato prévio firmado junto ao estipulante, ou refinanciamento da dívida junto ao estipulante.

7.6 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

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

7.8 A seguradora não se exime do pagamento do capital segurado, ainda que previsto contratualmente, quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

8) CARÊNCIAS E FRANQUIAS

8.1 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

8.2 Para eventos cobertos decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio voluntário, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

8.3 Quando o segurado aumentar o capital segurado, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no item 8.2.

8.4 Quando adotado prazo de carência, exceto no caso de suicídio voluntário, este não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado individual. A seguradora, a seu critério, poderá substituir a carência pela subscrição do risco através da análise de questionário de saúde e atividade.

8.5 O prazo de carência, quando adotado, será aplicado às solicitações de aumento de capital segurado efetuadas após o início de vigência, em relação à parte aumentada.

8.6 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item 8.5.

8.7 A franquia corresponde ao período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

8.8 Quando aplicáveis, as franquias e/ou carências constarão na cláusula 6 destas Condições Gerais e/ou serão fixadas no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

9) ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A proposta de seguro poderá ser feita diretamente pelo estipulante ou por intermédio de seus representantes, podendo a assinatura ser de forma eletrônica.

9.2. O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as

informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o Contrato que vier a ser celebrado.

9.3 Para a aceitação da proposta, o estipulante ou o seu representante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, bem como informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

9.4 Conforme legislação vigente, a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Assim, recepcionada a proposta de seguro, devidamente preenchida e assinada, será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, caso a seguradora não se manifeste sobre ela no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados do seu recebimento (aceitação tácita), e não tenham sido solicitados ao segurado, no ato do preenchimento da Proposta de Contratação, exames e informações essenciais à análise do risco, observando as exclusões ou limitações destas Condições Gerais.

9.4.1 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos e o prazo para a recusa previsto na cláusula 9.4 terá novo início, a partir do atendimento da solicitação.

9.4.2 Se, após o recebimento das informações essenciais solicitadas, a seguradora manifestar-se pela aceitação da Proposta de Contratação com ajuste da taxa de prêmio, a aceitação da mesma dependerá da concordância expressa do estipulante, no prazo estipulado pela seguradora, observando as exclusões ou limitações destas Condições Gerais.

9.5 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

9.5.1 a data de emissão da apólice com conseqüente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

9.5.2 a data de término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise e aceitação do risco, sem exigências complementares, quando caracterizará a aceitação tácita.

9.6 Se, após análise do risco a seguradora decidir pela não aceitação, será feita comunicação ao estipulante, por escrito, devidamente justificada. Para todos os efeitos legais, valerá como data da não aceitação da proposta a data da formalização da referida comunicação.

9.7 O recolhimento do prêmio do seguro será realizado somente se o risco for aceito pela seguradora.

9.8 As condições contratuais do seguro serão entregues ao estipulante, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da aceitação do risco.

9.9 Os portadores de deficiência não serão rejeitados no seguro pela razão única de serem deficientes.

9.10 Neste caso, para limitar a responsabilidade da seguradora, a proposta ressaltará o grau de eventual invalidez preexistente.

9.11 Excepcionalmente, em caso de expresse acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas durante o processo de subscrição do risco individual para o segurado que compõe o grupo segurável.

9.12 Cada segurado incluído no seguro receberá seu Certificado Individual, bem como por ocasião das renovações subsequentes.

10) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do seguro será por prazo determinado de 12 (doze) meses, podendo, entretanto, serem determinados períodos diferentes no Contrato e/ou Proposta de Contratação.

10.2 O prazo de vigência do seguro prestamista não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.

10.3 A apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias do término da vigência comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

10.4 O início e o término de vigência se darão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas no Contrato, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento prevista nestas condições gerais e especiais.

10.5 Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela seguradora e o estipulante e desde que não acarretem ônus ou dever adicional para os segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.6 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante.

10.7 Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser imediatamente e formalmente comunicada que:

- i. se houver redução do 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;

- ii. se houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

10.8 No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada:

I - a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

II - na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato poderão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos; e

III - é expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida de que trata o inciso II acima.

10.9 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.

10.10 Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

11) ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE

11.1 Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra seguradora.

11.1.1 No caso de encampação de apólice de seguro não contributivo estipulado por empregador em favor de seus empregados, é admitida a dispensa de proposta de adesão desde que não haja modificação na apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

11.2 Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

11.2.1 No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

11.2.2 Deverá haver emissão e envio e/ou disponibilização dos certificados individuais aos segurados e não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

11.2.3 É admitida a dispensa do recolhimento de anuência de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

11.2.4 No caso de que trata o item 11.2.3, é admitida a dispensa da proposta de adesão à nova apólice coletiva.

12) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

12.1 O capital segurado individual é a importância máxima a ser paga em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento podendo ser fixo ou variar de acordo com parâmetros objetivos relacionados à obrigação a que o seguro está atrelado.

12.2 O capital segurado individual será definido em Contrato ou Proposta de Contratação, podendo ser:

12.2.1 No caso de contratação por saldo devedor: ao valor do saldo devedor da dívida, consideradas pagas todas as prestações vencidas.

12.2.2 No caso de contratação por saldo total: ao valor do saldo total da dívida no início da vigência do seguro.

13) ATUALIZAÇÃO / RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

13.1 O critério de recálculo/atualização dos valores de capitais e prêmios será determinado no Contrato ou Proposta de Contratação conforme opções abaixo:

13.1.1 Cláusula de recálculo

Nesta opção os capitais segurados serão atualizados mensalmente e corresponderão ao saldo da dívida do segurado. Os prêmios serão recalculados, mensalmente, através da aplicação das taxas do seguro aos capitais segurados atualizados.

13.1.2 Cláusula de atualização de valores

Nesta opção os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE ou na hipótese de extinção do índice pactuado será adotado o Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas (IPC/FGV). O índice IPCA/IBGE aplicado será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

14) CUSTEIO DO SEGURO

14.1 O custeio do seguro poderá ser:

- i. Contributário: o prêmio do seguro é custeado integralmente pelos segurados da apólice;
- ii. Parcialmente Contributário: o prêmio do seguro é custeado parcialmente pelos

segurados da apólice;

iii. Não contributivo: os segurados não custeiam o prêmio do seguro.

15) PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

15.1 O prêmio do seguro deverá ser pago durante o período de vigência da apólice, em parcela única ou de forma fracionada, de maneira antecipada ou postecipada em relação ao risco, conforme periodicidade, forma de pagamento e datas de vencimento estabelecidas na Proposta/Contrato e aceitas pela seguradora.

15.2 O estipulante poderá solicitar à seguradora, mediante formulário próprio, a alteração da periodicidade, da forma de pagamento e/ou da data de vencimento do prêmio, sujeita à análise e aceitação expressa da seguradora.

15.3 O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado.

15.4 Nas apólices com pagamento único ou fracionado, o não pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela do prêmio, na data indicada no respectivo instrumento de cobrança, acarretará a extinção automática do Contrato desde seu início de vigência.

15.5 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das faturas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança. Quando a data limite vencer no dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

15.6 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o estipulante será notificado para efetuar o pagamento do valor devido à seguradora no prazo de 30 (trinta) dias, contado do seu recebimento, ficando ciente que não ocorrendo o pagamento no prazo, ocorrerá a suspensão da cobertura e o seguro será cancelado em 90 (noventa) dias, a contar da notificação quanto à inadimplência, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento.

15.7 O não pagamento das faturas até a data convencionada redundará em 2% de multa e aplicação de juros de mora à base de 0,1% ao dia sobre o valor da fatura, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

15.8 Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

15.9 Durante o período de suspensão da cobertura, os beneficiários e/ou segurados não terão direito a nenhuma indenização para eventos ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga, até o cancelamento do seguro.

15.10 A seguradora comunicará o estipulante quanto a eventual atraso no pagamento do prêmio, mediante notificação realizada por qualquer meio que possibilite a comprovação de seu recebimento, a qual conterà, de forma expressa, as advertências relativas às consequências da não regularização do pagamento.

15.11 A seguradora estará dispensada do envio de nova notificação ao estipulante sobre o cancelamento do seguro, quando na notificação prévia sobre a regularização do pagamento do prêmio, já informar sobre a suspensão da cobertura e do cancelamento da apólice, caso o pagamento não seja regularizado.

15.12 Havendo interesse do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem vínculo com o seguro cancelado por falta de pagamento.

15.13 É vedado ao estipulante recolher dos segurados, a título de prêmio do

seguro, qualquer valor além do fixado pela seguradora e a ela devido. Caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada segurado.

15.14 Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

15.15 Nos seguros contributários, desde que tenha sido recebido pelo estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a seguradora, esta ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do estipulante.

15.16 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do prêmio de seguro.

16) CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente, ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

16.2 A cobertura do segurado cessa, ainda:

i. com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o credor;

ii. quando a obrigação for extinta;

iii. quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro, sendo facultada a solicitação a qualquer tempo;

iv. de acordo com a cobertura do seguro contratada caso a mesma preveja nas respectivas condições especiais, cancelamento da cobertura de acordo com idade e/ou evento ocorrido.

v. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro.

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

16.4 Durante a vigência do seguro, o certificado individual não poderá ser cancelado pela seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

17) PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1 Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional, podendo ocorrer sob a forma de reembolso ou prestação de serviços, sem prejuízo de outras formas pactuadas entre as partes.

17.2 A seguradora somente será responsável pelos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice, ainda que a comunicação ocorra após o término da vigência.

17.3 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar prontamente o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, prestando todas as informações, através da entrega de forma única e completa de todos os documentos listados nas condições especiais do seguro.

17.3.1 A ausência de comunicação do sinistro pelo segurado, no prazo de até 18 (dezoito) meses de sua ocorrência, implicará na perda do direito à indenização.

17.4 Cabem exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro.

17.4.1 A seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para

si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.

17.5 A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, o prazo apenas iniciará a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, obrigatoriamente acompanhados de TODOS os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, na forma prevista no item 18.

17.5.1 O prazo acima não se iniciará até que a documentação constante nas Condições Especiais de cada cobertura seja entregue de forma completa. Havendo necessidade de reiteração da necessidade de apresentação destes documentos esta solicitação não deflagrará o referido prazo e tampouco será considerada como pedido adicional previsto no item a seguir.

17.5.2 Durante o prazo do item 17.5 a seguradora ou o regulador poderá solicitar documentos complementares.

17.5.3 O prazo para a manifestação sobre a cobertura, indicado no item 17.5, será suspenso quando solicitados documentos complementares, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. A suspensão poderá ocorrer: (i) 1 (uma) única vez quando o capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários mínimos; ou (ii) até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários mínimos.

17.5.4 A autoridade fiscalizadora poderá fixar prazo superior ao disposto no item 17.5 para tipos de seguro em que a verificação da existência de cobertura implique maior complexidade na apuração, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

17.6 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário, no mesmo prazo, será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento.

17.7 A seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

17.8 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

17.8.1 O prazo para pagamento da cobertura previsto no item 17.8 também poderá ser suspenso, quando solicitado documentos complementares, recomeçando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. A suspensão poderá ocorrer: (i) 1 (uma) única vez quando o capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários mínimos; ou (ii) até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários mínimos.

17.9 No caso de mora no pagamento pela seguradora, sobre o valor devido incidirá multa de 2% (dois por cento), correção monetária e juros legais, desde a data que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos.

17.10 O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores devidos, nos termos da legislação vigente.

17.11 Para as coberturas de risco custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento gerador.

17.12 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não

importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento da indenização pela seguradora.

17.13 Caso o processo de regulação fique parado por mais de 30 (trinta) dias sem que o segurado tenha realizado a entrega completa da documentação pendente, o processo será negado sem indenização e o prazo prescricional começará a correr. O pedido de indenização poderá ser reaberto a qualquer momento, dentro do prazo prescricional, desde que seja realizada a entrega completa da documentação pendente.

18) RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

18.1 Para todas as Coberturas:

- a. Formulário de aviso de sinistro da seguradora, devidamente preenchido e assinado;
- b. Contrato que comprove a linha de negócio firmada ente segurado e Credor;
- c. Demonstrativo da evolução da dívida (extrato com o saldo devedor na data do evento);
- d. Cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- e. Cópia atualizada do comprovante de endereço em nome do segurado.

18.2 No caso de Morte do segurado, além dos documentos citados no item 18.1 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b. Cópia da Declaração de Óbito do Ministério da Saúde;
- c. Laudo do Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- d. Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- e. Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f. Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.

Em caso de pagamento de saldo remanescente:

a) Documentos dos beneficiários:

- certidão de rol de herdeiros por escritura pública, quando não houver indicação de beneficiário pelo segurado;
- cônjuge: cópia atualizada da certidão de casamento com a anotação do óbito, carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço nominal;
- companheira: cópia da carteira de identidade, CPF, comprovante de endereço e comprovação da união estável na data do evento (declaração de convivência marital, carta do INSS de concessão da pensão por morte ou demais documentos que possam comprovar o companheirismo);
- filhos: cópia da certidão de nascimento, carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço nominal;
- pais e outros: cópia da carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço nominal;
- autorização para crédito em conta juntamente com o comprovante dos dados bancários informados.

18.3 No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA), por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT) ou Perda de Renda (PR) de segurado sem vínculo empregatício, além dos documentos citados no item 18.1 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade;

- b. Atestado médico;
- c. Declaração emitida pelo órgão previdenciário oficial e comprovante de recebimento do benefício correspondente (carta de concessão de aposentadoria por invalidez permanente; carnê de benefício; ou cópia do Diário Oficial comunicando a aposentadoria por invalidez permanente, se o segurado for funcionário público), no caso do segurado ser vinculado a órgão previdenciário oficial;
- d. Declaração médica, comprovantes de internações hospitalares e de intervenções cirúrgicas, bem como documentos relativos a exames, quando existentes, de modo a subsidiar a junta médica a ser realizada pela seguradora (prontuário médico completo);
- e. No caso de solicitação da Junta Médica o Estipulante deverá remeter juntamente com o Aviso de Sinistro, a cópia dos documentos que comprovam a invalidez/incapacidade;
- f. Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g. Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- h. Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- i. Autorização para crédito em conta do Estipulante/Subestipulante;
- j. Outros exames complementares, a critério da seguradora.

18.4 No caso de Perda de Renda de segurado com vínculo empregatício e para Perda de Renda por Desemprego Involuntário, além dos documentos citados no item 18.1 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Cópia da Carteira de Trabalho Profissional completa do segurado, constando todas as devidas anotações/observações;
- b. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho completo e assinado;
- c. Cópia do comprovante de recebimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS;
- d. Cópia do comprovante de recebimento do Seguro-desemprego da Caixa Econômica Federal.

18.5 Ainda no caso de Perda de Renda do segurado sem vínculo empregatício, além dos documentos citados no item 18.1 e 18.3 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Laudo dos exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária;
- b. Relatório emitido pelo médico que atendeu o segurado na data do evento, detalhando: data do atendimento, data do diagnóstico, tratamento aplicado e tempo estimado da incapacidade;
- c. Atestado médico;
- d. Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- e. Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f. Documento que comprove a atividade profissional liberal ou autônoma;
- g. Última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, ou inscrição na prefeitura acrescido do último comprovante de pagamento (cópia simples);

19) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 O segurado ou seus beneficiários perderão o direito a qualquer indenização deste seguro, nas seguintes situações:

I. Se por si, por seu representante ou corretor, de forma dolosa, fizerem declarações falsas, inexatas, incompletas ou omitirem circunstâncias relevantes que possam influenciar na aceitação do risco ou na fixação do prêmio;

II. Se agravarem intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato;

III. Se o sinistro decorrer de atos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

IV. Se o segurado ou seu representante, beneficiários, prepostos, sócios controladores, dirigentes ou administradores agirem com dolo ou má-fé para obter benefícios do presente contrato, bem como praticarem fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência ou na ocorrência do sinistro, inclusive mediante a simulação de sinistro ou o agravamento intencional do evento e/ou dos prejuízos, com o objetivo de obter ou majorar a indenização;

V. Se deixarem de comunicar à seguradora, dolosamente, tão logo tenha conhecimento de fatos que agravem o risco coberto de forma relevante;

VI. Se descumprirem dolosamente os deveres contratuais relacionados à imediata comunicação do sinistro, à prestação de informações e documentos relacionados ao sinistro e à adoção de medidas para evitar ou minorar seus efeitos.

VII. Se deixarem de cumprir com as demais obrigações convencionadas neste contrato e/ou obrigações legais;

19.2 O descumprimento doloso dos deveres contratuais, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.3 O descumprimento culposo dos deveres contratuais, inclusive quanto à comunicação do sinistro ou à prestação de informações, não acarretará a perda total do direito à indenização, limitando-se à redução proporcional da garantia correspondente aos prejuízos comprovadamente causados à seguradora.

19.4 A comprovação do ato ilícito criminal praticado pelo segurado durante a regulação do sinistro, acarretará a perda do direito ao pagamento da indenização sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Aplicar-se-á a mesma consequência quando o segurado ou beneficiário tiverem prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

20) BENEFICIÁRIOS

20.1 O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

20.2 A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

20.3 Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

20.4 No caso de indicação do segundo beneficiário, o mesmo perderá o direito à indenização e sua indicação será considerada sem efeito, quando praticar atos graves contra o segurado, que nos termos do Código Civil, seriam suficientes para revogar uma doação, como:

- i. Atentar contra a vida do segurado ou cometer homicídio doloso contra ele;
 - ii. Praticar ofensa física contra o segurado;
 - iii. Injuriar ou caluniar o segurado;
 - iv. Recusar-se, sem justificativa, a prestar alimentos ao segurado, quando tinha condições de fazê-lo
 - v. Quando deixar de cumprir encargo ou obrigação que tenha sido expressamente estabelecida como condição para a manutenção do benefício.
- 20.5 Se a seguradora não for cientificada oportunamente da substituição do beneficiário, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

21) MODIFICAÇÕES DE RISCO

21.1 O segurado/estipulante deve comunicar à seguradora qualquer modificação no risco, tão logo dele tome conhecimento. Sem prejuízo de outras hipóteses aqui não elencadas, será entendida como modificação no risco a alteração nas informações apresentadas na proposta ou constante de quaisquer documentos entregues pelo segurado ou por seu representante, para análise e aceitação do risco.

21.2 Após análise, se caracterizar agravamento do risco, a seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da comunicação da sua modificação, cobrar ou devolver a diferença de prêmio devida. Se o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, cancelando-o, no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

21.3 O segurado que dolosamente descumprir o dever de comunicar a alteração ou modificação do risco, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido e a ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se o descumprimento for culposos, o segurado ficará obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada em razão da alteração que tenha gerado o agravamento.

21.4 Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da vigência do seguro não serão motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à seguradora.

21.5 O seguro será cancelado, com cessação imediata da cobertura e isenção de qualquer obrigação por parte da seguradora, caso seja comprovado, durante a vigência do contrato, o envolvimento do segurado em práticas que configurem redução de pessoa à condição análoga à de escravo, nos termos da legislação penal vigente.

21.5.1 Considera-se, para fins desta cláusula, a submissão de pessoa a trabalhos forçados, jornada exaustiva, condições degradantes de trabalho ou restrição de locomoção em razão de dívida contraída com empregador ou preposto, inclusive mediante vigilância ostensiva ou retenção de documentos pessoais, conforme tipificação legal aplicável.

21.5.2 A seguradora desiste de reavaliar o risco no prazo regulamentar nestas hipóteses, por considerar incidente gravoso e providenciará o cancelamento do seguro, sem prejuízo da apuração das responsabilidades civis e penais cabíveis.

22) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais;

- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**
- c) Prestar informações ao segurado relativas ao seguro contratado sempre que solicitado. Caso não seja informado à seguradora o e-mail do segurado para encaminhamento do certificado individual, fica o estipulante responsável pela entrega aos segurados do certificado individual do seguro para ciência dos benefícios contratados pela apólice de seguro.**
- d) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;**
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável pela sua administração;**
- f) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;**
- g) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação e liquidação dos sinistros;**
- i) Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- j) Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.**
- k) Comunicar à seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado se tornar uma pessoa politicamente exposta;**

22.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante:

- i. cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora; e**
- ii. efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.**

23) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

23.1 Consideram-se expostas politicamente as pessoas naturais que ocupem ou tenham ocupado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais.

23.2 Para efeito do disposto no item 23.1, consideram-se pessoas expostas politicamente:

- a) os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;**
- b) os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:**
 - i. de Ministro de Estado ou equiparado;**
 - ii. de Natureza Especial ou equivalente;**
 - iii. de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta; e**
 - iv. do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, níveis 6, ou equivalentes.**
- c) os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal, dos Tribunais Superiores, dos Tribunais Regionais Federais, do Trabalho e Eleitorais, do**

Conselho Superior da Justiça do Trabalho e do Conselho da Justiça Federal;

d) os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos estados e do Distrito Federal;

e) os membros do Tribunal de Contas da União, o Procurador-Geral e os Subprocuradores-Gerais do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

f) os presidentes e tesoureiros nacionais, ou equivalentes, de partidos políticos;

g) os governadores e secretários de Estado e do Distrito Federal, os Deputados Estaduais e Distritais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta estadual e distrital e os presidentes de Tribunais de Justiça, Militares, de Contas ou equivalente de Estado e do Distrito Federal; e

h) os Prefeitos, Vereadores, os Secretários Municipais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os Presidentes de Tribunais de Contas ou equivalente dos Municípios.

23.3 Também são consideradas pessoas expostas politicamente aquelas que, no exterior, sejam:

- i. chefes de estado ou de governo;
- ii. políticos de escalões superiores;
- iii. ocupantes de cargos governamentais de escalões superiores;
- iv. oficiais gerais e membros de escalões superiores do poder judiciário;
- v. executivos de escalões superiores de empresas públicas; ou
- vi. dirigentes de partidos políticos.

23.4 Também são consideradas pessoas expostas politicamente os dirigentes de escalões superiores de entidades de direito internacional público ou privado.

24) EXCEDENTE TÉCNICO

24.1 Desde que previsto no Contrato e/ou Proposta de Contratação, a presente cláusula estabelece as condições de distribuição de resultados técnico da apólice ao Estipulante e/ou segurados do grupo.

24.2 Para efeito de apuração de resultados técnicos, consideram-se:

a) como **receitas** para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

i. Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

b) como **despesas** para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- i. comissões de corretagem pagas durante o período;
- ii. comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- iii. comissões de agenciamento pagas durante o período;
- iv. 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;
- v. saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- vi. despesas efetivas de administração da seguradora, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo;
- vii. provisões de Sinistros Ocorridos e não Avisados – IBNR;
- viii. PIS / COFINS;
- ix. despesas com regulação de sinistros;
- x. valor do excedente técnico pago em exercício anterior.

24.3 As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde:

- i. o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
- ii. o aviso à seguradora para os sinistros;
- iii. a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores
- iv. as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

24.4 A apuração do resultado técnico será 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 e será atualizado monetariamente desde o término da vigência da apólice até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, conforme convencionado, não cabendo qualquer adiantamento neste período.

24.5 Nos seguros parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser distribuído pode ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado.

25) RESOLUÇÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DO SEGURO

25.1 O presente seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado no caso de seguros contributários.

25.2 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da seguradora quanto do estipulante e com a concordância recíproca, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

25.3 O seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

25.4 Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o Estipulante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

25.4.1 Se a seguradora for omissa, o contrato será automaticamente renovado.

25.4.2 O Estipulante poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à seguradora.

25.5 Ocorrerá a resolução do contrato, em caso de não pagamento da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, conforme disposto no item 15.4.

25.6 O contrato será cancelado conforme mencionado no item 15.6, quando não ocorrido o pagamento do prêmio no prazo concedido na notificação.

25.7 Ocorrerá a resolução do contrato quando do descumprimento do dever de informação pelo Estipulante/subestipulante, quando deixar de revelar fatos no momento da aceitação da proposta e fixação do valor do prêmio, e tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja subscrito pela seguradora, hipótese em que o contrato será extinto no prazo de 30 dias do recebimento da notificação pelo segurado, sem prejuízo da obrigação do segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

25.8 A apólice será cancelada na ocorrência das situações abaixo:

- a) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas condições gerais;
- b) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e
- c) Quando o estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do

contrato.

Parágrafo único: as hipóteses de cancelamento por inadimplência (cláusula 15) e de cancelamento individual da cobertura (cláusula 16) possuem natureza específica e não se confundem com a resolução do contrato prevista nesta cláusula, que implica a extinção do vínculo contratual entre estipulante e seguradora.

26) ALTERAÇÃO CONTRATUAL

26.1 As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice.

26.2 Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

26.3 Nos seguros contributários, o prêmio dos segurados vigentes só poderá ser alterado mediante anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

26.4 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos também dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

27) FORO

27.1 Questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

27.2 Na hipótese de existência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição de foro diverso.

28) PRESCRIÇÃO

28.1 Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos no art. 126 da Lei n.º 15.040/2024, sendo:

a) Em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do **segurado** para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de prêmio em seu favor;

b) Em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos **beneficiários ou terceiros prejudicados** para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

29) MUDANÇA NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA

29.1 Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este tipo de seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas. Fica estabelecido, porém, que os tributos serão pagos por quem a lei determinar, não podendo haver estipulação em contrário.

30) CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

30.1 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Condições Especiais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente Contrato, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela seguradora nas quais o segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

30.2. As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

30.3. Havendo, em meio à vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

30.4. Ratificam-se os demais termos, cláusulas e condições não modificados por esta cláusula.



MATRIZ - CURITIBA

Rua Nilo Cairo, 171 - Centro
CEP 80.060-050 - Curitiba/PR
Tel.: (41) 3019-0080

FILIAL SÃO PAULO/SP

Av. Angélica, 2447, 15º andar, Cj 154 - Bela Vista
CEP 01227-200 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3237-2146



CENTAURO
Seguros para viver

CENTAURO & CONSTELLATION INSURANCE, INC