

SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.
CNPJ: 30.902.142/0001-05

SEGURO SAFRA PRESTAMISTA

ÍNDICE

GLOSSÁRIO

Termos utilizados nessa modalidade de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO.....	7
2. PARTES CONTRATANTES	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	12
5. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE	15
6. CAPITAL SEGURADO	15
7. CARÊNCIAS	16
8. FRANQUIAS	16
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO E CONTRATAÇÃO.....	16
10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
11. PERÍODO DE COBERTURA/ INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO	19
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES	19
13. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	19
14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	20
15. CANCELAMENTO DO SEGURO E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS.....	20
16. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	21
17. BENEFICIÁRIOS	24
18. ALTERAÇÕES CONTRATUAIS	24
19. FORO	25
20. ÂMBITO GEOGRÁFICO	25
21. PRESCRIÇÃO	25
22. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	25

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO SAFRA PRESTAMISTA

GLOSSÁRIO:

- **ACIDENTE PESSOAL**

Para fins deste seguro, Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, neste conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, após o término do período de Carência (dois anos);
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) NÃO se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme acima definido.

- **APÓLICE**

É o instrumento emitido pela Seguradora que exterioriza o contrato de seguro e que consigna as obrigações da Seguradora, as coberturas contratadas, os valores segurados e os do Prêmio, bem como a Vigência do Seguro.

- **AVISO DE SINISTRO**

É a comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha conhecimento.

- **BENEFICIÁRIO**

É o Credor da Obrigação, a quem deverá ser paga a Indenização em caso de ocorrência do Evento Coberto, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigação, valor esse apurado na data da ocorrência do Evento Coberto e limitado ao Capital Segurado contratado.

- **CAPITAL SEGURADO**

É o valor a ser pago ao Beneficiário, no caso de ocorrência do Evento Coberto por este seguro, apurado na Data do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado Máximo.

- **CAPITAL SEGURADO MAXIMO**

Capital Segurado Máximo é o valor máximo especificado na Proposta de Adesão, limitado ao Saldo Devedor da Obrigação assumida pelo Devedor perante o Credor, apurado na Data do Evento Coberto.

- **CARÊNCIA**

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de Vigência do Seguro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

- **COBERTURAS**

São as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nestas Condições Gerais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente das Condições Gerais do seguro.

- **CONDIÇÕES CONTRATUAIS**

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta, das Condições Gerais e da Apólice.

- **CONDIÇÕES GERAIS**

Conjunto de regras (cláusulas contratuais) que estabelecem obrigações e direitos do Segurado, do Estipulante e da Seguradora de um mesmo plano de seguro e que integram a Apólice.

- **CREDOR**

Pessoa jurídica a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada. Para fins deste seguro é, também, o Beneficiário.

- **CONTRATANTE**

É quem propõe a contratação da Apólice, quem pretende realizar um contrato de seguro. Para fins deste seguro é o mesmo que Devedor, Proponente e Segurado.

- **DANOS ESTÉTICOS**

Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.

- **DANOS MORAIS**

Lesão, praticada por outrem, ao patrimônio psíquico ou à dignidade da pessoa, ou, mais amplamente, aos direitos da personalidade, causando sofrimento psíquico, constrangimento, ou qualquer tipo de desconforto, independente da ocorrência simultânea de danos materiais ou corporais. Para as pessoas jurídicas, são as perdas financeiras indiretas, não contabilizáveis, decorrentes de ofensa ao seu nome ou à sua imagem, independente da ocorrência simultânea de outros danos. (Resolução CNSP 184/08).

- **DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE**

É o documento formal, integrante da Proposta de Adesão em que o Proponente presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data de assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade e integralidade das

informações prestadas, sob pena de perder o direito ao Capital Segurado por Morte, nos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro

- **DEVEDOR**

Aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigação assumida perante o Credor. Para fins deste seguro é o mesmo que Contratante, Proponente e Segurado.

- **DOENÇA PREEXISTENTE**

São as doenças existentes quando do preenchimento da Proposta e, portanto, antes da celebração do contrato de seguro, conhecidas do Contratante ou Segurado e não declaradas à Seguradora na Proposta de Adesão. **TAIS DOENÇAS, EM TAIS SITUAÇÕES, CONFIGURAM RISCO EXCLUÍDO DA COBERTURA DO CONTRATO DE SEGURO.**

- **ESTIPULANTE**

É a pessoa jurídica que contrata a Apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados, individualmente considerados, perante a Seguradora, isto é, trata-se de verdadeiro procurador/mandatário de todos os componentes do grupo segurado. O Estipulante deste seguro é o Banco Safra, que não participará do seu custeio.

- **EVENTO COBERTO**

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas Coberturas contempladas nestas Condições Gerais e contratadas pelo Segurado.

- **FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO**

É o documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora.

- **FRANQUIA**

É o período, em dias, contado a partir da data de ocorrência do sinistro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento do pagamento do seguro.

- **GARANTIA BÁSICA**

No presente seguro, é a morte do segurado decorrente de qualquer causa, exceto quando decorrente dos riscos excluídos de cobertura.

- **GARANTIA ADICIONAL**

Para fins deste seguro, entende-se por Garantia Adicional a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA, cuja contratação é obrigatória.

- **GARANTIA OPCIONAL**

Para fins deste seguro, entende-se por Garantia Opcional a garantia de Perda Involuntária de Emprego e a garantia Incapacidade Total e Temporária.

As garantias opcionais são livremente escolhidas pelo proponente ou contratante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da cobertura básica.

- **INDENIZAÇÃO**

É o pagamento efetuado pela Seguradora ao Beneficiário, no caso de ocorrência de Risco Coberto pelo contrato de seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura Contratada.

- **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA**

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente, conforme definido no item 3.2. destas Condições Gerais.

- **INVALIDEZ PREEXISTENTE**

É a incapacidade de um membro ou órgão já existente antes mesmo da celebração do contrato de seguro, de pleno conhecimento do Segurado. **TAL INCAPACIDADE, EM TAIS SITUAÇÕES, CONFIGURA RISCO EXCLUÍDO DA COBERTURA DO CONTRATO.**

- **NOTA TÉCNICA ATUARIAL**

É o documento previamente protocolado na SUSEP que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

- **OBRIGAÇÃO**

Compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo entre Credor e Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente. Para fins deste seguro, o valor da Obrigação será equivalente ao valor do Saldo Devedor do compromisso financeiro a que o seguro está atrelado.

- **PERÍODO DE COBERTURA**

É o período durante o qual o Segurado ou os Beneficiários farão jus aos benefícios relativos às Coberturas contratadas no caso da ocorrência de um Sinistro.

- **PRÊMIO**

É o preço do seguro. É o valor que o Segurado, Devedor ou Estipulante paga à Seguradora para que esta assuma a responsabilidade pelas Coberturas contratadas.

- **PROPONENTE**

É a pessoa (física ou jurídica) que propõe a adesão à apólice, ou que pretende realizar um contrato de seguro.

- **PROPOSTA DE ADESÃO**

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, por meio do qual o Proponente expressa a intenção de aderir as Coberturas, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais.

- **REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES**

É a estrutura técnica em que as contribuições pagas por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos ocorridos nesse período. Neste regime financeiro **não existe, em nenhuma situação**, a devolução dos Prêmios recebidos, correspondentes aos **Riscos decorridos**, no caso de não renovação, cancelamento ou não ocorrência de Sinistro.

- **REGULAÇÃO DE SINISTROS**

É o processo por meio do qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação do Sinistro comunicado pelo Segurado ou pelo(s) beneficiário(s) do Segurado para que, no caso de se enquadrar nos Riscos Cobertos pela Apólice, que seja providenciado o pagamento da indenização nos termos da Apólice e da lei.

- **RISCO**

Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

- **RISCO COBERTO**

É o Evento Coberto, previsto no contrato de seguro, que, em caso de concretização, dá origem a Indenização e/ou reembolso ao Segurado.

- **RISCOS EXCLUÍDOS**

Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do seguro que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à Indenização oriunda do seguro, sem prejuízo das exclusões decorrentes de expressa previsão de lei. Ou, em outras palavras, são os eventos que não ensejam pagamento de Indenização.

- **SALDO DEVEDOR**

É o valor do débito que o Devedor possui com o Credor, decorrente da Obrigação, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto, acrescido de eventuais encargos remuneratórios e encargos moratórios, multas e demais encargos, conforme o caso, limitado ao Capital Segurado Máximo contratado para a respectiva Cobertura estabelecido na Proposta e nestas Condições Gerais.

- **SEGURADO**

É a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída na Apólice de seguro, sobre a qual se procederá a avaliação do Risco e se estabelecerá o seguro, com idade compreendida, no início do contrato de seguro, entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias e que esteja em plenas condições de saúde. Para este seguro, Segurado será a pessoa física Devedora da Obrigação ou a pessoa física titular da sociedade unipessoal Devedora da Obrigação.

- **SEGURADORA**

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às Coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais. No caso do presente instrumento, é a **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, com sede social na Cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Avenida Paulista, 2.100 e inscrita no CNPJ do MF sob o nº 30.902.142/0001-05.

- **SINISTRO**

É a ocorrência de um Evento Coberto e previsto contratualmente.

- **SUSEP**

Significa Superintendência de Seguros Privados.

- **VIGÊNCIA DO SEGURO**

É o período no qual a Apólice de seguro está em vigor.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO SAFRA PRESTAMISTA

1. OBJETIVO

O presente seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente o Saldo Devedor da Obrigação assumida pelo Devedor perante o Credor, apurado na Data do Evento Coberto; **limitado ao Capital Segurado Máximo contratado, no caso de ocorrência de Evento Coberto e conforme Coberturas contratadas na Apólice, exceto se decorrente de Riscos Excluídos**, respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

1.1. Plano de Seguro Safra Prestamista descrito nestas Condições Gerais e devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – Susep, pelo Processo nº 15414.900273/2015-56.

2. PARTES CONTRATANTES

São partes contratantes deste seguro a Seguradora, o Estipulante (pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro prestamista), e o Segurado (pessoa física que integra o grupo segurado por meio da Proposta de Adesão).

2.1 – OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ESTIPULANTE

I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do Risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do Risco Coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida no artigo 7º da Resolução CNSP nº 107/2004, quando este for de sua responsabilidade;

V - repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

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

VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo Risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

VIII – 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;

IX - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a Liquidação de Sinistros;

X – comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no Risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

2.2. É expressamente vedado ao Estipulante:

I - Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela Seguradora.

II - Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.

III - Vincular a contratação do seguro objeto destas Condições Gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de Cobertura direta a estes produtos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Este produto divide-se em Cobertura Básica, Coberturas Adicionais ou Opcionais, sendo necessária a contratação da Cobertura de Morte para a efetivação deste Seguro e acesso à contratação das demais Coberturas. As coberturas Adicionais ou Opcionais não poderão ser contratadas isoladamente.

3.1. Cobertura Básica: Morte

Garante, ao Beneficiário, o pagamento de uma Indenização, equivalente ao valor do Saldo Devedor da Obrigação apurado na Data do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado Máximo contratado, caso o Segurado faleça por causas naturais ou acidentais, durante a Vigência deste seguro, **exceto se decorrente dos Riscos Excluídos da Cobertura contratual, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

Para efeito desta cláusula será considerada Data do Sinistro a data do falecimento do Segurado.

3.2. Cobertura Adicional: Invalidez Permanente Total por Acidente

Garante, ao Beneficiário, o pagamento de uma Indenização equivalente ao valor do Saldo Devedor da Obrigação apurado na Data do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado Máximo contratado, caso o Segurado sofra uma perda, redução ou impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, atestada por médico assistente e consequente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação e constatada e avaliada a Invalidez Permanente Total por Acidente quando da alta médica definitiva e consequente de Acidente Pessoal coberto ocorrido durante a Vigência deste seguro, **exceto se decorrente dos Riscos Excluídos da Cobertura contratual, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

Para efeito de Indenização, consideram-se como Invalidez Permanente Total por Acidente os Eventos Cobertos decorrentes de Acidente Pessoal e ocorridos na Vigência do Seguro, relacionados abaixo, desde que, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação, tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação quando da alta médica definitiva:

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

- h) Alienação mental total incurável;
- i) Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista; e
- j) Perda total de um dos membros superiores ou inferiores.

As Indenizações por Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam para o mesmo Segurado. Se, depois de paga a Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a Morte do Segurado, a Indenização por morte não será devida.

A Invalidez Permanente Total por Acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de lesões e suas extensões, de suas causas ou naturezas, além da avaliação de sua incapacidade, em caso de dúvida fundada e justificável.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro correrão por conta do Segurado, salvo as despesas realizadas diretamente pela Seguradora, facultada à mesma tomar quaisquer medidas tendentes à elucidação do Sinistro, cujos atos ou providências não implicam, por eles próprios, o reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização pleiteada, podendo, inclusive, a Seguradora solicitar que o Segurado seja submetido a exame clínico a ser realizado por médico por ela indicado.

Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial designado para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao seguro, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer Indenização.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

Nos casos não especificados, a Indenização será concedida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, desde que superior a 70% (setenta por cento), independentemente de sua profissão.

A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, estágio clínico que comprove a Invalidez Permanente Total por Acidente.

Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente, pela Seguradora, a Indenização será paga de uma única vez e o Segurado será automaticamente excluído do seguro, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados pelo índice de atualização estabelecido no item 18 das Condições Gerais.

Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O Segurado terá a Apólice cancelada após o Pagamento de Indenização referente à Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.3. Cobertura Opcional: Perda Involuntária de Emprego

Garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização equivalente ao valor do Saldo Devedor da Obrigação apurado na Data do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado Máximo contratado, caso o segurado venha perder involuntariamente, durante o período de Vigência do Seguro, o vínculo Empregatício que possuía, respeitados os períodos de carência e de franquia.

Para ter direito a esta garantia é necessário o vínculo empregatício de, no mínimo, 12 (doze) meses contínuos sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas e de carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais com o mesmo empregador (Período de Aquisição de Direitos), comprovando ainda o devido registro em carteira de trabalho - CTPS (profissionais liberais estão excluídos desta cobertura).

É necessário ainda, para que o Segurado tenha direito a esta cobertura:

- a) da ocorrência de demissão involuntária;
- b) do preenchimento da Carteira de Trabalho;
- c) do requerimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço com baixa no Contrato de Trabalho.
- d) que o sinistro não tenha ocorrido durante o Período de Aquisição de Direitos.
- e) que exista parcelas vencidas ou vincendas a serem quitadas, relativas ao compromisso prévio assumido pelo segurado.
- f) que a perda do emprego esteja relacionada a Atividade Principal do segurado, na qual este percebe seu maior rendimento, devidamente comprovada por meio da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física, não havendo cobertura quanto aos demais empregos que não o principal, quando existirem.

A prova do desemprego é a cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada com a demissão ocorrida (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

Para que o Segurado tenha direito a um novo benefício de Perda Involuntária de Emprego é necessário que comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho (sem licença médica) entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro decorrente de perda involuntária de emprego.

Para esta cobertura haverá uma carência de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da data de inclusão do segurado na apólice onde, qualquer evento não estará coberto.

Para esta garantia haverá uma franquia de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde, o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

Para efeito desta cobertura, fica determinado que a data do sinistro é a data do desligamento do segurado, mediante o término do vínculo com o empregador da Atividade Principal.

3.3.1. O que não está Coberto:

Além dos riscos mencionados nos itens n.º 04 – Riscos excluídos, n.º 09 - Perda de Direitos também estão excluídos desta garantia:

- a) Aposentadorias;
- b) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- c) Renúncia ou perda voluntária do vínculo empregatício ou qualquer outro tipo de acordo voluntário entre o trabalhador e o empregador que resulte no fim do vínculo empregatício;
- d) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- e) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- f) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- g) Atos ilícitos, guerra, revolução, motim ou perturbações de ordem pública;
- h) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês.

3.4. Cobertura Opcional: Incapacidade Total e Temporária

A Cobertura de Incapacidade Total e Temporária será utilizada por profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional, estando impedidos de exercer a atividade provedora do recurso financeiro.

Garante ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização equivalente ao valor do Saldo Devedor da Obrigação apurado na Data do Evento Coberto, limitado ao Capital Segurado Máximo contratado, caso o segurado – profissional liberal ou autônomo – venha a sofrer acidente coberto ou doença que o torne total e temporariamente incapaz de exercer suas atividades laborativas durante o período de vigência do seguro, respeitados os períodos de carência e de franquia.

Para que o Segurado tenha direito a esta garantia é necessário que se comprove no mínimo, 12 (doze) meses contínuos de trabalho autônomo ou liberal entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro decorrente de incapacidade.

Para esta garantia haverá uma carência de, no mínimo 30 (trinta) dias, a contar da data de inclusão do segurado na apólice onde, qualquer evento não estará coberto. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, não será estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão.

Para esta garantia haverá uma franquia de, 15 (quinze) dias, a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde, o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro. A cobertura será devida a partir do primeiro dia após o término do período de franquia do seguro, observado o limite determinado em certificado individual por evento.

A incapacidade total e temporária deverá ser comprovada mediante a apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame ou perícia para comprovação da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

Caso haja divergência sobre a incapacidade, a Seguradora proporá ao segurado a constituição de uma junta médica. A proposição da constituição de junta médica deverá ser feita por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação do laudo médico do segurado.

A junta médica será composta por 3 (três) médicos, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro por comum acordo entre a Seguradora e o Segurado. Os honorários dos médicos serão pagos por quem os designou, sendo que os honorários do médico designado por ambas as partes serão divididos em partes iguais pela Seguradora e pelo Segurado.

As garantias de Perda Involuntária de Emprego e de Incapacidade Total e Temporária não são cumulativas, não podendo ser contratadas conjuntamente. Se o segurado for trabalhador formal terá direito somente à cobertura de Perda Involuntária de Emprego, ainda que exerça outras atividades autônomas, mesmo que estas sejam consideradas a Atividade Principal.

3.4.1. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens n.º 04 – Riscos Excluídos, n.º 10 - Perda de Direitos, também estão excluídos desta garantia:

- a) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração da apólice, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- b) Hospitalização para Check-up;
- c) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- d) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- e) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- f) Cometer suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;
- g) Atos ilícitos dolosos, guerra, revolução, motim ou perturbações de ordem pública;
- h) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- i) Epidemias ou pandemias declaradas pelo órgão competente, como gripe aviária;
- j) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) Doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;
- l) É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro, os Sinistros ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de

armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrentes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) epidemias, endemias e pandemias declaradas pelos órgãos competentes;**
- d) doenças, acidentes, traumas, sequelas ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e que sejam de conhecimento do Segurado (as Doenças Preexistentes);**
- e) suicídio ou sua tentativa, ocorridos antes de completados os 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, incluindo mas não se limitando à condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e/ou similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;**
- g) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Tendinite, Sinovite, Tenossinovite, Artrite, Dormio Facial, Cerviobraquialgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT);**
- h) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto.**
- i) epidemia oficialmente declarada pelas autoridades governamentais;**
- j) Danos Morais e Danos Estéticos;**
- k) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- l) lesão premeditada auto infligida, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, observado o disposto no artigo 798, do Código Civil.**
- m) envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.**
- n) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prática de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

o) Saldo Devedor em contas correntes ou instrumentos de crédito não incluídos no seguro.

4.2.No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, além das exclusões mencionadas nas alíneas acima, não estão cobertos os danos físicos ocorridos em consequência de:

- a. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- b. perturbações ou intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médicos em virtude de acidente coberto por este seguro;**
- c. doenças, inclusive as profissionais quaisquer que sejam as causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente;**
- d. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- e. tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, a perda de dentes e os Danos Estéticos eventualmente existentes em qualquer membro ou parte do corpo, independentemente da idade ou sexo do Segurado;**
- f. lesão premeditada auto-infligida, observado o disposto no item 4.4**
- g. acidentes ocorridos antes da data de contratação individual do seguro;**
- h. moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picadas de insetos.**
- i. moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- j. tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem controle da natalidade.**
- k. cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por Acidente Pessoal coberto.**
- l. tratamento estético e de tratamento para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados.**
- m. anomalias congênitas e doenças psiquiátricas e mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas.**

4.3.Exclusão para Atos Terroristas:

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

4.4.Do suicídio:

De acordo com o artigo 798 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o Beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o Segurado cometer suicídio nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de

suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da Vigência do Seguro e posterior recondução o prazo de 02 (dois) anos começa a ser contado novamente do início.

Igualmente, o Segurado não terá direito a qualquer Indenização decorrente deste contrato se tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de Vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta resultar qualquer tipo de invalidez.

5. CONDIÇÕES DE ELEGIBILIDADE

Poderá ser Segurado qualquer pessoa física efetivamente aceita incluída na Apólice de seguro que, na data da contratação do seguro possua idade superior a 18 (dezoito) e inferior a 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, e que se encontre em perfeito estado de saúde física e mental.

6. CAPITAL SEGURADO

É o valor a ser pago ao Beneficiário em caso de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente ou Perda Involuntária de Emprego ou Incapacidade Total e Temporária do Segurado, equivalente ao valor do Saldo Devedor da Obrigação apurado na Data do Evento Coberto, sempre limitado ao Capital Segurado Máximo.

Este seguro prestamista tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, a Obrigação assumida pelo Devedor, no caso de ocorrência de Sinistro coberto, nos termos estabelecidos nestas Condições Contratuais, sempre limitado ao Capital Segurado Máximo contratado, sendo a modalidade do Capital Segurado a vinculada.

O Capital Segurado será contratado em moeda corrente nacional, para cada Cobertura contratada, conforme Proposta de Adesão e Apólice.

6.1. CAPITAL SEGURADO MÁXIMO

Capital Segurado Máximo é o valor máximo especificado na Proposta de Adesão, limitado ao Saldo Devedor da Obrigação assumida pelo Devedor perante o Credor, apurado na Data do Evento Coberto.

6.2. DATA DO EVENTO COBERTO

Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos Sinistros, será considerada como Data do Evento Coberto:

- a) Para a Cobertura de Morte, a data da ocorrência do Evento Coberto, isto é, a data do falecimento do Segurado;
- b) para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do Acidente Pessoal, constatada por meio da análise da documentação apresentada pelo Segurado ou por seu representante.
- c) Para a Cobertura de Perda Involuntária de Emprego, a data do rompimento do vínculo empregatício;
- d) Para a Cobertura de Incapacidade Total e Temporária, a data do laudo médico atestando a Incapacidade Total e Temporária.

6.3. Para fins de Indenização será pago, de forma única, o valor de Capital Segurado apurado na Data do Evento Coberto estabelecido para cada Cobertura contratada.

6.4. A responsabilidade da Seguradora, por Segurado (com base em seu CPF), independente do número de seguros contratados, é limitada ao valor de capital Segurado Máximo informado na Proposta de Adesão e certificado de seguro.

7. CARÊNCIAS

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, em caso de sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao pagamento do seguro.

7.1. Não haverá carência para a garantia de morte por causa natural do segurado.

7.2. Nas garantia de acidentes pessoais, há carência de dois anos, contados a partir da vigência inicial do contrato em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo segurado.

7.3. Para a garantia de Perda Involuntária de Emprego, haverá carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias a contar da data de adesão ao seguro.

7.4. Para a garantia de Incapacidade Total e Temporária haverá carência mínima obrigatória de 30 (trinta) dias a contar da data de adesão ao seguro, exceto se a incapacidade for decorrente de acidente pessoal.

7.5. O prazo máximo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, são de 2 anos não podendo exceder metade do prazo de vigência.

8. FRANQUIAS

É o período, em dias, contado a partir da data de ocorrência do sinistro, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento do pagamento do seguro.

8.1. Perda Involuntária de Emprego: para esta garantia haverá franquias de, no mínimo, 30 (trinta) dias a contar da data de ocorrência do evento.

8.2. Incapacidade Total e Temporária: para esta garantia haverá franquias de, no mínimo, 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO E CONTRATAÇÃO

A celebração (ou alteração) do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta de Adesão preenchida e assinada pelo Proponente pessoa física, ou por seu representante legal, quando for o caso.

A aceitação (ou alteração) do seguro estará sujeita à análise do Risco proposto à Seguradora.

A Proposta de Adesão deverá conter elementos essenciais ao exame e aceitação do Risco, sendo certo que para elucidá-los a Seguradora poderá solicitar os documentos que julgar necessários para uma análise completa e objetiva.

Para aceitação no seguro o Proponente deverá atender aos critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

Após a aceitação do seguro pela Seguradora o Proponente passará à condição de Segurado.

A Seguradora fornecerá ao Proponente o protocolo com identificação da Proposta de Adesão por ele recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão, seja para seguros novos, seja para renovação, ou, ainda, para o caso de alterações que impliquem modificação do Risco.

Caso a Seguradora solicite documentos complementares para melhor elucidar e analisar o risco que está sendo proposto – solicitação esta que poderá ser feita uma única vez por Risco individual proposto – o prazo de 15 (quinze) dias anteriormente mencionado ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

Para a realização de exames e a prestação de informações médicas essenciais e/ou complementares e de informações que estejam incompletas, o Contratante deverá respeitar os prazos abaixo, contados a partir da data de recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora:

- a) De até 60 (sessenta) dias para realizar exames e apresentar cópias de exames e/ou informações (a partir de qualquer profissional de saúde ou instituição médica) sobre sua condição de saúde, caso solicitados pela Seguradora;
- b) De até 30 (trinta) dias para prestar informações incompletas e/ou complementares solicitadas pela Seguradora.

Os prazos não são cumulativos e o não cumprimento destes caracterizará a recusa do Risco pela Seguradora.

Em caso de recusa do Risco proposto, a Seguradora procederá a comunicação – formal – da referida recusa, que, ademais, deverá ser justificada. A ausência de manifestação, por escrito, por parte da Seguradora, dentro do prazo, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

Qualquer alteração das condições da Operação de Crédito implica a necessidade de comunicação à Seguradora para uma nova avaliação do Risco proposto, com a consequente devolução ou cobrança de Prêmio, conforme o caso.

Na contratação do seguro, o Proponente individual poderá em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da Proposta de Adesão, desistir da sua contratação, mediante formalização por escrito entregue à Seguradora ou através de meio remoto disponibilizado para tal fim.

Nessa hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao Prêmio.

O simples recebimento do Prêmio não implica em aceitação do seguro por parte da Seguradora.

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.

9.1. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos Segurados na Apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, oportunidade na qual o Proponente declara ter tido conhecimento prévio das Condições Gerais do seguro, na íntegra, onde será exigido, para análise e eventual aceitação, pela Seguradora o preenchimento da Proposta de Adesão com a respectiva Declaração Pessoal de Saúde ou prova de saúde.

10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado ou seus Beneficiários, conforme o caso, perderão o direito à Indenização se aquele – o Segurado – agravar intencionalmente o Risco.

No caso de o Contratante, o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros prestarem declarações falsas, inexatas, errôneas e/ou incompletas, junto à Seguradora, que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na fixação do valor do Prêmio, inclusive aquelas constantes da Declaração Pessoal de Saúde ficará prejudicado o direito à Indenização, além de estar o Contratante e o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio eventualmente vencido.

Igual perda ocorrerá caso haja prática de ato que configure fraude e/ou dolo, bem como haja tentativa de obtenção, por qualquer meio, de benefício e/ou vantagem indevidos.

O Contratante ou o Segurado estão obrigados a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perderem o direito à Cobertura, se ficar comprovado que silenciaram de má-fé.

Ao receber tal comunicação, a Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá decidir pelo cancelamento do seguro, ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou, ainda, cobrar a diferença de prêmio cabível, devendo dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão.

Caso a seguradora opte pelo cancelamento do seguro, o mesmo será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

10.1. Ausência de má-fé:

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, conforme acima mencionado, não for decorrente de má-fé do Contratante ou do Segurado, a Seguradora poderá:

10.1.1. Na hipótese de não ocorrência de Sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do Prêmio inicialmente ajustado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou
- b) mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível (a ser, então, recalculado) ou restringindo a Cobertura contratada para Riscos futuros.

10.1.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento PARCIAL do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do Prêmio inicialmente ajustado, e acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido até então, ou
- b) mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível (a ser, então, recalculado) ou deduzindo a referida diferença do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para Riscos futuros.

10.1.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento INTEGRAL do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível (a ser, então, recalculado).

11. PERÍODO DE COBERTURA/ INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

A vigência deste seguro será de até 5 (cinco) anos, limitado ao prazo da obrigação, **tendo início às 24 horas da data de recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora.**

A cobertura cessa com o término do prazo da Obrigação.

O início de Vigência do Seguro coincidirá com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Em caso de liquidação antecipada da Obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada pelo Devedor ou pelo Segurado, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.

Este seguro prevê renovação sendo a primeira renovação automática.

O início e término de Vigência das Apólices e dos eventuais endossos serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, observadas as Condições Contratuais.

Caso haja, na renovação, alteração que implique ônus ou dever do Segurado, ou mesmo redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

Durante a Vigência da referida Apólice a Seguradora não poderá efetuar o cancelamento do seguro sob alegação de agravamento da natureza do Risco.

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.

A Vigência da Apólice é de até cinco anos e sua primeira renovação será automática, desde que não haja manifestação prévia, em contrário, de uma das partes, até 60 (sessenta) dias antes do término de Vigência.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES

Os Prêmio e Capitais Segurados variam de acordo com o valor da Obrigação, sendo informado pelo Credor mensalmente. Dessa forma, não sofrerão qualquer atualização por índice de preços.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O presente seguro é não contributivo ou seja, o pagamento do Prêmio de seguro é de responsabilidade do Contratante. O prêmio será pago em parcela única, conforme data estabelecida na Apólice. No entanto caso a data do vencimento corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das Coberturas.

Qualquer Indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida na Apólice.

Não havendo o pagamento até o 30º dia posterior ao vencimento do Prêmio o seguro será cancelado a partir do dia posterior a esta data. Será garantida a Cobertura dos Sinistros ocorridos até esta data, com a consequente cobrança do Prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga aos Beneficiários.

Os valores dos Prêmios de seguro poderão ser reavaliados junto ao Estipulante, para novas adesões, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro.

É vedada ao Estipulante a cobrança de taxa de inscrição, de intermediação ou de qualquer outro tipo de taxa.

Os tributos decorrentes deste contrato serão pagos por quem a lei determinar.

Considerando que o Estipulante é responsável pelo recolhimento do Prêmio do Seguro, quando, por qualquer motivo, o referido valor não for recolhido ou, tendo sido recolhido, não for repassado à Seguradora, os Segurados não ficarão prejudicados no direito à Cobertura do Seguro, uma vez que não estará caracterizada a inadimplência dos mesmos. Todavia, o valor do prêmio não pago ou não repassado é devido à seguradora, e será devidamente atualizado pelo índice estabelecido na cláusula 12, acrescido de juros de 1% ao mês, sem prejuízo das sanções de ordem penal a que ficará sujeito o estipulante.

14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

Os valores dos Prêmios de seguro poderão ser reavaliados junto ao Contratante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja readequação das taxas, esta será válida apenas para novas vendas e renovações.

Caso ocorra a reavaliação das taxas nas renovações, esta deverá ser realizada por endosso a Apólice que deverá ocorrer por meio da anuência expressa de, pelo menos, três quartos do grupo segurado.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO E CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

Caso, após o prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do vencimento do Prêmio, não seja retomado o pagamento dos Prêmios pelo Segurado, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do Segurado, e/ou do Estipulante e/ou Contratante, a Seguradora reterá do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes, onde deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

No caso de cancelamento do seguro a pedido do segurado, o prazo de vigência da cobertura será ajustado "*pró rata temporis*" proporcional ao prêmio recebido.

A Apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora, durante a sua Vigência, sob a alegação de alteração da natureza dos Riscos.

O seguro será extinto e cessarão, conseqüentemente, as Coberturas nas seguintes situações:

- a) com a Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, desde que o valor da Indenização seja equivalente ao valor da Obrigação;**
- b) por solicitação do Segurado ou do Contratante, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;**
- c) se ultrapassado, por parte do Contratante, o prazo de tolerância para pagamento do prêmio;**
- d) se o Contratante não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação, ou no conhecimento exato e caracterização do Risco;**
- e) na hipótese de descumprimento de quaisquer das obrigações convencionadas no presente seguro;**
- f) com o cancelamento, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado, ou final de Vigência sem renovação da Apólice mantida entre o Estipulante e a Seguradora, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago pelo Contratante;**
- g) mediante acordo entre as partes contratantes;**
- h) com a quitação da Obrigação do Devedor perante o Credor e/ou ao final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada.**

O cancelamento do seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas “d” e “e” implicará na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de Prêmio e Indenização.

O presente seguro igualmente poderá ser cancelado ou rescindido mediante acordo entre as partes contratantes, devendo haver prévia e expressa anuência de Segurados que representem, no mínimo, três quartos (3/4) do grupo segurado.

16. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seu(s) beneficiário(s), ou o Contratante, conforme o caso, deverá comunicá-lo à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, promovendo a entrega dos documentos listados neste item, sem prejuízo de outros que possam ser solicitados em caso de dúvida fundada e justificável.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

Uma vez avisada, ou noticiada, sobre a ocorrência de um sinistro, a seguradora dará início ao processo de regulação com vistas à liquidação do sinistro, após a verificação da situação da cobertura à luz do pagamento do prêmio.

A partir da entrega da documentação básica, listada na cláusula 17.1, por parte do segurado ou beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

É facultado à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem a plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA-IBGE desde a Data do Evento Coberto, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. A atualização será efetuada com base na variação 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. No caso de extinção do referido índice, será utilizado, o índice que vier a substituí-lo.

Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA-IBGE desde a Data do Evento Coberto, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária. A atualização será efetuada com base na variação 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. No caso de extinção do referido índice, será utilizado, o índice que vier a substituí-lo.

Após este prazo, são devidos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês a partir do último dia previsto para o pagamento.

A contagem poderá ser suspensa em caso de nova solicitação de documentos.

O pagamento ser dará na forma de parcela única, para quitação do saldo devedor.

A Seguradora somente poderá solicitar documentos e informações adicionais que visem à plena elucidação do Sinistro, em caso de dúvida fundada e justificável. Neste caso, a contagem do prazo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro será suspensa, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

Em caso de divergências sobre a causa e a natureza da incapacidade total do Segurado, a Seguradora irá propor ao próprio Segurado, por meio de correspondência, que as mesmas sejam dirimidas por uma Junta Médica constituída de 03 (três) membros, sendo um indicado e nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado, e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

A proposta de instauração da referida Junta Médica será encaminhada pela Seguradora dentro de 15 (quinze) dias, contados da data em que houver contestação sobre o Sinistro. Na proposta de instauração da Junta Médica deverão constar esclarecimentos acerca do pagamento dos honorários médicos, a saber: cada uma das partes pagará os honorários do médico que for por ela designado ou nomeado e os honorários do terceiro profissional – o desempassador – serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

Uma vez aceita a proposta de instauração de Junta Médica, o prazo para a sua efetiva constituição será também de 15 (quinze) dias, contados da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado devendo ser disponibilizada à referida Junta Médica cópias de exames e documentos médicos do Segurado.

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

16.1.1. Em caso de Morte Natural:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante ou Beneficiário ou por um representante do Segurado;
- b) Relatório Médico padrão da Seguradora assinado pelo médico do Segurado;
- c) cópia autenticada da Certidão de Óbito do segurado;
- d) cópia autenticada da Carteira de identidade e CPF do segurado;
- e) comprovante de endereço residencial do Segurado;
- f) Valor da Obrigação na Data do Evento Coberto (a ser fornecido pelo Credor).

16.1.2. Em caso de Morte Acidental:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante ou Beneficiário ou por um representante do Segurado;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do segurado;
- c) cópia autenticada da Carteira de identidade e CPF do segurado;
- d) comprovante de endereço residencial do Segurado;
- e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- g) cópia autenticada do Laudo de Necropsia;
- h) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) Valor da Obrigação na Data do Evento Coberto (a ser fornecido pelo Credor), e
- j) Termo de autorização assinado pelo Beneficiário para que a Seguradora (ou seu representante) obtenha cópia(s) do(s) prontuário médico(s) do Segurado, laudos e exames médicos.

16.1.3. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante ou pelo Segurado;
- b) Relatório Médico padrão da Seguradora assinado pelo médico do Segurado;
- c) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez e informando o percentual do déficit funcional de órgão ou membro lesionado;
- d) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- e) comprovante de endereço residencial do Segurado;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) resultado do(s) exame(s) complementar(es) realizado(s): Laborariais, radiológicos, ultrassom, tomográfico, ressonância magnética e outros exames que o segurado tenha realizado;
- j) Valor da Obrigação na Data do Evento Coberto (a ser fornecido pelo Credor).

16.1.4. Em caso de Perda Involuntária de Emprego:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante ou pelo Segurado;
- b) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- c) comprovante de endereço residencial do Segurado
- d) Cópia do Termo de Rescisão Contratual
- e) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) – página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado

Para que o Segurado tenha direito à cobertura de Perda Involuntária de Emprego – PIDE, é obrigatório que o empregado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

16.1.5. Em caso de Incapacidade Total e Temporária:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante ou pelo Segurado;
- b) Relatório Médico padrão da Seguradora assinado pelo médico do Segurado;
- c) resultado do(s) exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- d) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- e) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do segurado;
- f) Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços);
- g) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social);

Para os segurados profissionais liberais, a condição de incapacidade temporária deverá ser comprovada através de perícia realizada por médico integrante da Rede Credenciada da Seguradora.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

As despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as despesas realizadas diretamente pela Seguradora, facultada à mesma tomar quaisquer medidas tendentes à elucidação do Sinistro, cujos atos ou providências não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização pleiteada, podendo, inclusive, solicitar que o Segurado seja submetido a exame clínico de médico por ela – Seguradora - indicado.

17. BENEFICIÁRIOS

É a pessoa jurídica indicada para receber os pagamentos relativos ao(s) Capital(is) Segurado(s) contratado(s), de acordo com a(s) Cobertura(s) contratada(s) e na forma da regulamentação vigente.

O Beneficiário será sempre o Credor, Banco Safra, pessoa jurídica a favor da qual é devida a Indenização em caso de ocorrência de Evento Coberto contratado.

Na ocorrência de Evento Coberto, caso o valor da Obrigação devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

18. ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

Qualquer modificação da Apólice em vigor, não prevista nestas Condições Gerais, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19. FORO

Eventuais questões judiciais entre o Segurado ou o Contratante ou o Beneficiário e a Seguradora serão processadas e julgadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

20. ÂMBITO GEOGRÁFICO

As Coberturas previstas nas Condições Gerais deste seguro independem da localização da ocorrência do Evento Coberto por este contrato, entretanto, o pagamento da indenização se dará apenas no território nacional e em moeda nacional.

21. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais, isto é, os prazos para o Segurado e/ou os Beneficiários deste reclamarem o valor do seguro são aqueles determinados em lei – Artigo 206 do Código Civil Brasileiro.

22. DISPOSIÇÕES FINAIS

Em caso de cessação, voluntária ou compulsória, das operações da Seguradora, durante a vigência da Apólice, serão observadas as disposições legais que regem a liquidação das sociedades seguradoras, ficando preservados e garantidos todos os direitos do Segurado e de seu(s) Beneficiário(s), que têm privilégio especial sobre as reservas técnicas ou provisões garantidoras das operações de seguro.

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do Risco.

O registro destas Condições Gerais na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da referida autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização e contratação.

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

As Condições Contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da Apólice/Proposta.

Para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas Condições Gerais.

SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

CNPJ: 30.902.142/0001-05

CONDIÇÃO PARTICULAR

Fica entendido e acordado que, ao contrário do que consta nas Exclusões Gerais quanto a não cobertura para Epidemias, Endemias e Pandemias declaradas pelos órgãos competentes, exclusivamente para causa de Morte em decorrência do COVID-19 e seguindo as regras abaixo, haverá amparo neste seguro.

Regras:

I-Carência de 90 (noventa) dias corridos para ter direito a esta cobertura, a partir do início de vigência da apólice ou do certificado do seguro;

II-Apenas a cobertura de Morte está amparada por esta cláusula. Para todas as demais coberturas, permanece a exclusão para Epidemias, Endemias e Pandemias;

III-Esta condição particular se aplica apenas para seguros emitidos a partir de 01 de Agosto de 2020.

Todas as demais exclusões gerais e cláusulas permanecem inalteradas.