



CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO



CENTAURO-ON
Seguros para viver

CENTAUR & OHIO NATIONAL COMPANY

ÍNDICE

1) DEFINIÇÕES	4
2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	6
3) OBJETIVO DO SEGURO	7
4) GRUPO SEGURÁVEL	7
5) CONTRATAÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO	7
6) COBERTURAS DO SEGURO	7
7) RISCOS EXCLUÍDOS	12
8) CARÊNCIAS E FRANQUIAS	13
9) ACEITAÇÃO DO SEGURO	14
10) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	15
11) ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE DO SEGURO	15
12) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	16
13) ATUALIZAÇÃO/RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO	16
14) CUSTEIO DO SEGURO	16
15) PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	16
16) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO	17
17) CANCELAMENTO DO SEGURO DECORRENTE DO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO	17
18) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	17
19) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	18
20) DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	19
21) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	20
22) BENEFICIÁRIOS	21
23) PRESCRIÇÃO	21
24) REGIME FINANCEIRO	21
25) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	21
26) PESSOAS POLITICALMENTE EXPOSTAS	22
27) EXCEDENTE TÉCNICO	23
28) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL	23
29) FORO	24
30) INFORMAÇÕES GERAIS	24

1) DEFINIÇÕES

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, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observado o prazo de carência aplicado a esse evento.

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

Aviso de sinistro: é a comunicação da ocorrência de um sinistro, que o segurado ou o beneficiário deverá encaminhar ao Estipulante e/ou 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.

capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: é o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

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

Certificado Individual: é o 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.

Coberturas de risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Coberturas do seguro: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

Contrato coletivo: entendido como o contrato firmado entre a seguradora e o estipulante, através do qual serão definidas as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com o segurado, beneficiário e assistido, de forma complementar às condições contratuais.

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 / risco coberto.

Declaração Pessoal de Saúde: é a declaração prestada pelo segurado antes da contratação do seguro, com informações sobre o seu estado de saúde atual, bem como de sua atividade principal.

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

Doença Preexistente: são todas as doenças, inclusive as congênitas, que o segurado saiba ser portador ou sofredor, e não declarada na proposta de contratação ou adesão.

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

Endosso: documento, emitido pela seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

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 coletivo em relação a cada parte.

Evento coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

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

Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

Franquia: 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.

Glossário: dicionário de termos técnicos e científicos.

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

Grupo segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Indenização: que a seguradora deverá pagar ao Credor/Beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de vigência: é a 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.

Médico assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. 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.

Obrigaçao: 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.

Período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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: é a pessoa que propõe sua adesão à apólice 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de contratação: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Reintegração do capital segurado: é a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

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: é a 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: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

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

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 de seguro, 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: é o período em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

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

2.1 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, 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 de todas as pessoas físicas e/ou jurídicas que possuam obrigação assumida junto ao credor.

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 de Seguro 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 de Seguro, 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 do Seguro 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 do seguro a apólice será cancelada. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do cancelamento serão devolvidos, atualizados monetariamente

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 de seguro, 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 de seguro 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 do Seguro 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.

6.4.5 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 de seguro, 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 de seguro 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 do Seguro 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 de seguro, 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, observado 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 de seguro 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 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 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 de seguro:

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, observado 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 de seguro 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, 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 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 desemprego involuntário no caso de segurado com vínculo empregatício ou a incapacidade temporária no caso de segurado sem vínculo empregatício, 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.

6.7.5 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:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) de 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, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
 - c) de doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão-proposta processo de subscrição do risco individual;**
 - 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) de suicídio do segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
 - f) tufões, inundação, furacão, 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) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. 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 requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.**
- 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;
- e. desatendimento das condições mínimas de período de trabalho estabelecido no Contrato, decorrentes da perda do vínculo empregatício;
- f. falência da empresa na qual trabalha o segurado;
- g. 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;
- h. demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- i. transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- j. desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no Contrato;
- k. 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 Exclusão para Atos Terroristas

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.

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 sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

8.3 Quando adotado prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, 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.

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

8.5 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item anterior 8.4.

8.6 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.

8.7 Quando aplicáveis, as franquias e/ou carências constarão na cláusula 6 destas Condições Gerais e/ou fixadas no contrato de seguro e/ou Proposta de Contratação.

9) ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A contratação do seguro somente poderá ser feita mediante contrato, proposta de contratação e/ou proposta de adesão preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros, podendo a assinatura ser de forma eletrônica.

9.2 Após o recebimento do documento para contratação assinado, a seguradora disporá de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco sendo que a ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

9.3 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco durante o prazo estabelecido acima. Neste caso, contagem do prazo de 15 (quinze) dias sofrerá suspensão durante o período em que a seguradora estiver aguardando a entrega das informações complementares solicitadas e continuará a correr após o recebimento dos mesmos.

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

- i. a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- ii. a data de término do prazo de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco, quando caracterizará a aceitação tácita.

9.5 Em caso de recusa da proposta, esta será comunicada ao proponente por resposta escrita e, fundamentada, e valerá como data da recusa da proposta, para todos os efeitos legais, a data da expedição da comunicação.

9.6 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante. O valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do IPCA do IGBE entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição, estando ainda sujeito à aplicação de juros de mora à base de 1% (um por cento) ao mês, caso a devolução não seja efetivada em até 10 (dez) dias da data da formalização da recusa.

9.7 Excepcionalmente, em caso de expresso 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 compõem o grupo segurável.

9.8 Cada segurado incluído no seguro receberá seu Certificado Individual, bem como nas renovações subsequentes.

10) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do seguro será por prazo determinado de 12 (doze) meses podendo, entretanto, ser determinado períodos diferentes no Contrato de Seguro e/ou Proposta de Contratação, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos.

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 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 coletivo 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.

10.5 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 anuênciam prévia e expressa de pelo menos 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 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 DO SEGURO

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

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.

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 de Seguro 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 de Seguro 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 o 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 contributário: 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, de forma antecipada ou postecipada em relação ao risco, sendo a periodicidade e forma da cobrança definidos nas Condições Contratuais.

15.2 Nos seguros contributários se o Estipulante deixar de recolher à seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro. Responde a seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às determinações legais. Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

15.3 A seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas nas Condições Contratuais.

15.4 É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

15.5 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio mensal, que deve ser realizado até a data estabelecida. Caso esta data 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.

16) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será adotado prazo de tolerância de 90 dias.

16.2 A contagem do prazo terá início a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança. Se ao final deste prazo persistir o caráter de inadimplência, a apólice ou certificado individual, serão cancelados.

16.3 Durante o prazo de tolerância haverá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido.

16.4 O não pagamento das faturas pelo segurado à seguradora 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, não sendo prevista atualização monetária.

17) CANCELAMENTO DO SEGURO DECORRENTE DO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1 Se, decorrido o prazo de tolerância e não houver o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos e sendo devidas as parcelas não quitadas no período coberto.

18) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual do seguro cessa automaticamente:

- a. ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada;**
- b. com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Credor;**
- c. quando a obrigação for extinta;**
- d. quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro, sendo facultada a solicitação a qualquer tempo.**

18.2 Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obterem ou para majorarem a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.3 Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no parágrafo acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

19) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1 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.

19.2 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

19.3 O prazo máximo para liquidação do sinistro é de 30 (trinta) dias a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos nas Condições Especiais do Seguro.

19.4 É facultado à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à 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 atendidas as exigências.

19.5 Se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado ao segurado ou beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente atualizado desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data do aviso do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, acrescido de juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado. Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, a data de exigibilidade para fins de atualização monetária é a data do efetivo dispêndio pelo segurado ou beneficiário.

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

19.7 Caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária dispostos no parágrafo anterior.

19.8 Nos casos de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

i. A junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

- ii. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- iii. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 19.9 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
- 19.10 O direito do seguro e/ou beneficiário em pleitear indenização junto a seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do código civil.
- 19.11 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, respeitado o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega de todos os documentos exigidos pela segurados.
- 19.12 Caso haja mais de um segurado responsável pelo pagamento da obrigação, em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados. Se o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinguir a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

20) DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

20.1 Para todas as Coberturas:

- a. Formulário de aviso de sinistro da seguradora;
- b. Contrato que comprove a linha de negócio firmada entre segurado e Credor;
- c. Demonstrativo da evolução da dívida;
- d. Cópia do RG e do CPF do segurado e comprovante atual de residência do segurado.

20.2 No caso de Morte do segurado, além dos documentos citados no item 20.1 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- b. Laudo do Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- c. Boletim de Ocorrência Policial, se houver.

20.3 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 20.1 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Laudo médico que ateste a invalidez/incapacidade;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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.

20.4 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 20.1 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Cópia da Carteira Profissional constando as devidas anotações/observações

feitas pela Caixa Econômica Federal;

b. Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;

20.5 Ainda no caso de Perda de Renda do segurado sem vínculo empregatício, além dos documentos citados no item 20.1 e 20.3 deverão ser encaminhados à seguradora:

- a. Documento que comprove a atividade profissional liberal ou autônoma;
- b. 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);
- c. Laudo dos exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária;
- d. 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;
- e. Boletim de Ocorrência Policial, se houver.

21) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1 O segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

21.1.1 Se agravar intencionalmente o risco.

21.1.2 Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores gerais e seus representantes legais, procurarem obter benefícios do Contrato de Seguro.

21.1.3 Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.1.4 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

II) na hipótese de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

21.2 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má fé. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo segurado,

poderá, por meio de comunicação formal:

- i. cancelar o seguro;
- ii. restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- iii. cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

22) BENEFICIÁRIOS

22.1 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.

22.2 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.

22.3 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.

23) PRESCRIÇÃO

23.1 Os prazos prescricionais serão àqueles que a legislação vigente determinar.

24) REGIME FINANCEIRO

24.1 Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

25) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1 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) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado. Se não informado a 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 por tais ações;
- 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

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 a seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado se tornar uma pessoa politicamente exposta;

25.2 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.

26) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

26.1 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.

26.2 Para efeito do disposto no item 26.1, 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.

26.3 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 generais e membros de escalões superiores do poder judiciário;
- v. executivos de escalões superiores de empresas públicas; ou
- vi. dirigentes de partidos políticos.

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

27) EXCEDENTE TÉCNICO

27.1 Desde que prevista no Contrato de seguro, a presente cláusula estabelece as condições de distribuição de resultados técnico da apólice ao Estipulante e/ou segurados do grupo.

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

1º - Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

2º - Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) comissões de corretagem pagas durante o período;

b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;

c) comissões de agenciamento pagas durante o período;

d) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

f) despesas efetivas de administração da seguradora, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo;

g) provisões de Sinistros Ocorridos e não Avisados – IBNR;

h) PIS / COFINS;

i) despesas com regulação de sinistros;

j) valor do excedente técnico pago em exercício anterior.

3º - As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde:

a) o respectivo pagamento para prêmio e comissões;

b) o aviso à seguradora para os sinistros;

c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores

d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

27.3 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.

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

28) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

28.1 A apólice coletiva poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo

entre as partes contratantes, com a anuênciia prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

28.2 No caso de rescisão do contrato, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

28.3 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.

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

28.5 Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá de anuênciia expressa dos segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

28.6 Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuênciia do estipulante.

29) FORO

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

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

30) INFORMAÇÕES GERAIS

- 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 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.

**MATRIZ - CURITIBA**

Rua Nilo Cairo, 171 - Centro
CEP 80.060-050 - Curitiba/PR
Tel.: (41) 3019-0080 - Fax: (41) 3232-2773

FILIAL SÃO PAULO/SP

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



CENTAUR & OHIO NATIONAL COMPANY