

Prezado Segurado,

Seja bem-vindo à **Gente Seguradora!**

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades, além de proporcionar tranquilidade e segurança em situações imprevistas.

Estamos muito satisfeitos em tê-lo como Cliente.

Nós da **Gente Seguradora** estamos sempre buscando métodos de trabalho que conduza à qualidade dos produtos e serviços prestados, valorizando sobremaneira a proteção de nossos Segurados.

Estas Condições Gerais contêm todas as informações necessárias sobre o seu seguro. Leia o material atentamente e confira em sua apólice as coberturas contratadas e benefícios.

No site www.genteseguradora.com.br você encontrará todas as informações sobre a **Gente Seguradora** e também sobre o produto adquirido, contando com um amplo canal de atendimento. Além disso, em caso de dúvida, você também pode procurar o seu Corretor de Seguros.

Obrigado por ter escolhido nosso produto. A **Gente Seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.

PLANO DE SEGURO

PRESTAMISTA COLETIVO

**Processo SUSEP nº
15414.652272/2021-38**

SUMARIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS.....	4
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	12
4.	CARÊNCIA.....	16
5.	FRANQUIA.....	16
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	16
7.	DA VIGÊNCIA DO SEGURO.....	17
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	18
9.	BENEFICIÁRIOS.....	20
10.	CAPITAIS SEGURADOS.....	21
11.	ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS.....	22
12.	CERTIFICADO INDIVIDUAL	23
13.	CUSTEIO DO SEGURO	23
14.	PREMIO DO SEGURO	23
15.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	24
16.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	26
17.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	32
18.	CANCELAMENTO DO SEGURO	32
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	33
20.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	34
21.	OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	35
22.	DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS.....	36
23.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	37
24.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	37
25.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	37
26.	PREScriÇÃO.....	38
27.	DO FORO	38
28.	DEFINIÇÕES.....	38

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor (Segurado), junto ao Credor, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às demais cláusulas destas Condições Gerais e no Contrato.

1.1 As coberturas deste Seguro serão divididas em Básica e

Adicionais:

1.2 **Coberturas Básicas:**

M – Morte

Coberturas Adicionais:

IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;

IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;

RIH – Renda por Internação Hospitalar;

PRDI – Perda de Renda por Desemprego Involuntário

1.2.1 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais coberturas pretendem contratar, sendo a básica obrigatória e as adicionais facultativas.

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

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 **BÁSICA**

2.1.1. M - Morte

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado Individual vigente para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja accidental, devidamente coberta e ocorrida durante a vigência da cobertura individual, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

ADICIONAIS

2.2.1. IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual vigente para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, Total, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 2.2.1.1, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual, mediante comprovação por laudo médico e

Gente Seguradora S.A.

desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.

2.2.1.1 Considera-se **Invalidez Permanente Total** por **Acidente** as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.2.1.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

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

2.2.1.4 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.2.1.5 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.2.1.6 As indenizações previstas para as coberturas de **Morte** e **Invalidez Permanente Total** por **Acidente** não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de **Morte** será deduzida a importânciá já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

2.2.2. IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica (Morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença funcional, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

2.2.2.1 Para fins desta cobertura, entende-se por **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**, aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

2.2.2.1.1 Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência **Gente Seguradora S.A.**

independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definitiva nas nestas

2.2.2.1.2 Está coberta a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença;
- h) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- i) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- j) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
- k) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- l) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera- se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 06 (seis) meses da data do

diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes;

- m) Estados mórbidos, decorrentes de doenças, a seguir relacionadas:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associadas à de um dos pés.

2.2.2.1.3 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, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidade Funcional Permanente e Total por Doença.

2.2.2.1.4 A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

2.2.2.1.5 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 03 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

DOCUMENTO 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUA RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO;	

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITARIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL,	20
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXILIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE;	

	<p>DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE INTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXILIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	2
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	4

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	8

2.2.2.2 Ocorrendo a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital Segurado contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (Morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a Cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individualmente. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

2.2.2.3 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

2.2.2.3.1 Inexistindo o requerimento de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o Capital Segurado contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.2.3.2 A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total não se acumula com nenhuma outra cobertura.

2.2.3. IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença
 Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, decorrente de acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontre sob tratamento médico, caso este seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade, exceto se decorrente de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais.

2.2.3.1. O valor do Capital Segurado será definido no Certificado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de parcela única, observados os critérios do plano contratado.

2.2.3.2. Para fins desta cobertura, entende-se profissional liberal ou autônomo o Segurado que comprove através de documentos a condição de autônomo e/ou profissional liberal, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP.

2.2.3.3. A Franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias a partir da data de ocorrência do sinistro.

2.2.3.4. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 15º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização.

2.2.3.5. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento por vigência.

2.2.3.6. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.3.7. Após um evento de incapacidade indenizado, o segurado deverá aguardar período de 06 (seis) meses ininterruptos para que venha ser elegível à indenização de um segundo evento de incapacidade.

2.2.4. RIH – Renda por Internação Hospitalar

2.2.3.8. Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento de uma indenização proporcional ao período de internação do segurado, por doença ou acidente, ocorrida durante o período de vigência individual, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nestas Condições Gerais.

2.2.4.1 O valor do Capital Segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

2.2.4.2 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias a partir da data de ocorrência do sinistro, salvo definição contrária prevista na Apólice.

2.2.4.3 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.2.4.4 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

2.2.5. PRDI – Perda de Renda por Desemprego Involuntário

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de desemprego involuntário do Segurado quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), ocorrido durante a vigência da cobertura individual, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.

2.2.5.1 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de única parcela, de acordo com o plano contratado.

2.2.5.2. Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, do segurado, com vínculo empregatício registrado na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) conforme as disposições da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), desde que não motivada por justa causa.

2.2.5.2.1. O Segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo de 12 (doze) meses com jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

2.2.5.3. Após um evento de desemprego indenizado, o segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à indenização de um segundo evento de desemprego.

3. RISCOS EXLUIDOS

3.1 **Todas as coberturas estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:**

3.1.2 **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

3.1.3 **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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

3.1.4 **de erupções vulcânicas, queda de meteoritos, incêndios naturais, nevascas, nevascas extremas, avalanches, desmoronamentos, deslizamentos de terra, tempestades de areia ou de poeira, tufoes, furacões, tornados, ciclones, terremotos, tremores de terra, maremotos, tsunâmis, ressacas, enchentes ou inundações por água de chuva, do mar, de rio, de lago, de represa ou de adutora;**

3.1.5 **as doenças preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**

3.1.6 **da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei e, nos seguros contratados por pessoa jurídica, também por parte dos sócios controladores, dirigentes e administradores;**

3.1.7 **suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**

3.1.8 sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Prêmios do Seguro;

3.1.9 Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente.

3.1.10 Fica estabelecido, contudo, que a exclusão por doenças ou lesões preexistentes descrita neste item somente será aplicável nos contratos em que não for convencionado um prazo de carência. Caso seja estipulado um prazo de carência para a cobertura, a Seguradora, após o término deste prazo, não poderá negar a indenização com base na alegação de preexistência, salvo se comprovar a má-fé do segurado no ato da contratação, sendo tal comprovação de responsabilidade exclusiva da Seguradora e baseada nas informações prestadas pelo segurado na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

EM CASO DE SUICÍDIO.

3.1.11 O falecimento do segurado por suicídio, ou sua tentativa, não terá cobertura nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato.

3.1.12 Em caso de aumento de capital segurado durante a vigência da apólice, a carência de 2 (dois) anos prevista no item anterior será aplicada apenas sobre o valor do capital que foi aumentado.

3.1.13 O prazo de carência de 2 (dois) anos não será reaplicado nas renovações do contrato.

3.1.14 Ocorrendo o suicídio dentro do prazo de carência aplicável, a Seguradora, embora isenta do pagamento do capital segurado, efetuará a devolução integral do montante dos prêmios pagos pelo segurado para a cobertura de morte.

3.1.15 Fica entendido que a cobertura estará garantida, mesmo dentro do prazo de carência, se o suicídio for resultado de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro, desde que devidamente comprovado.

3.1.16 Invalidade Permanente Total por Acidente (IPTA)

3.1.17 Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura Invalidade Permanente Total por Acidente (IPTA), as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.1.18 Invalidade Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1, 3.2 e 3.3, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidade Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda de sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.

3.1.19 Incapacidade Física Total Temporária por Acidente e Doença (IFT)

3.1.20 Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente e Doença (IFT), os abaixo especificados:

- a) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste Contrato de Seguro, para os 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 degenerante delas consequentes;
- b) Hospitalização para “check-up”;
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência da cobertura individual e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia.
- j) Lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- k) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- m) Luxações recidiva de qualquer articulação;
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

3.1.21 Renda por Internação Hospitalar (RIH)

Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), os abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto se decorrente de tentativa de suicídio, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso;
- b) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- c) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- d) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- e) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- f) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;
- h) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- i) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- j) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- k) Diálises, hemodiálises;
- l) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

3.1.22 Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), os abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência estabelecido na Apólice.

4 CARÊNCIA

4.1. A cobertura básica e adicionais de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda por Internação Hospitalar (RIH), estão sujeitas ao período de carência definidos no contrato e na apólice.

4.2. Para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) o período de carência será de 30 (trinta) dias.

4.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente.

4.4. O pagamento antecipado do Prêmio do Seguro não elimina a carência estabelecida para o Seguro.

4.5. Não haverá carência para os casos de transferência dos Segurados de outra para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que já participavam do Seguro.

4.6. O prazo que um plano de Seguro poderá estabelecer como carência será de dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência da cobertura individual.

4.7. Não serão estipulados novos prazos de carência nos casos de renovação da apólice.

4.8. Caso o sinistro com cobertura venha a ocorrer durante o período de carência, a Seguradora, embora isenta do pagamento do capital segurado, devolverá ao beneficiário (em caso de morte) ou ao próprio segurado (nos demais casos) a totalidade dos prêmios pagos para a respectiva cobertura.

4.9. Uma vez estipulado e cumprido o prazo de carência para uma determinada cobertura, a Seguradora não poderá negar o pagamento da indenização sob a alegação de doença ou lesão preexistente à contratação do seguro, exceto em caso de comprovada má-fé do segurado no ato da contratação, sendo tal comprovação de responsabilidade exclusiva da Seguradora e baseada nas informações prestadas pelo segurado na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

5 FRANQUIA

5.1 As coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) estão sujeitas ao período de franquia definido no Contrato.

6 ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

6.1 O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará as coberturas que seguem relacionadas: Básica (Morte), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente

Gente Seguradora S.A.

Total por Doença (IFPD).

- 6.2** Para as coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Renda de Internação Hospitalar (RIH) e Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI) o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro.
- 6.3** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7 DA VIGÊNCIA DO SEGURO

- 7.1** A apólice coletiva vigerá a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 7.2** A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.
- 7.3** A renovação automática não se aplica ao Estipulante ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse da continuidade do plano de seguro, mediante aviso prévio e de forma expressa (por escrito) de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 7.4** Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuênciia prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Início de Vigência

O início de vigência da apólice coletiva se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

7.5 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar ao Estipulante e aos Segurados, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do término da vigência. Se não houver comunicação nesse prazo, a apólice será automaticamente renovada por período igual ao anterior, mantendo as mesmas condições e mediante cobrança do respectivo prêmio.

7.6 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

7.7 O prazo de vigência do seguro individual mencionado na proposta de adesão e no certificado de seguro não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista para término, sendo que:

- a) Nos seguros com Prêmio Único: o término de vigência do certificado de seguro poderá ultrapassar o término da apólice coletiva e do contrato de seguro.
 - b) Nos seguros com Prêmio Mensal: o término de vigência do certificado de seguro não poderá ultrapassar o término da apólice coletiva e do contrato de seguro, respeitando o período mínimo de 01 (um) mês, mesmo que o prazo da obrigação ainda esteja vigente.
- 7.7.2 Nos casos em que a obrigação perdurar por período indeterminado, o término de vigência do certificado de seguro não poderá ultrapassar o término da apólice coletiva e do contrato de seguro, independente da opção escolhida para pagamento do prêmio ser através de pagamento único ou periódico.
- 7.7.3 Caso o prazo da obrigação entre o credor e o devedor seja repactuado, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, em até 25 (vinte e cinco) dias, sendo que:
- a) se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução de parte do prêmio já pago, correspondente ao período remanescente, (se houver); e
 - b) se houver ampliação do prazo original, a Seguradora, dentro do prazo 25 (vinte e cinco) dias, deverá se manifestar quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro, e ao valor do prêmio adicional.
 - c) vigência do seguro terá início a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, caso tenha havido adiantamento de valor para pagamento de prêmio. O recebimento de qualquer valor a título de prêmio, antes da recusa formal da proposta, será considerado um ato de aceitação do risco, salvo o disposto sobre a devolução em caso de não aceitação.

8 DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2 Nos planos coletivos, a sociedade seguradora deverá fazer a distinção entre a Proposta de Contratação (assinada pelo Estipulante) e Proposta de Adesão (assinada pelos proponentes/segurados).

8.3 Poderá ser incluído no presente Seguro, as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

8.4 A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no contrato:

8.4.2 Automática: nos seguros não Contributário (subitem 13.1), quando abranger a totalidade dos componentes do Grupo Segurável;

8.4.3 Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao Seguro, ou cuja inclusão seja feita por definição do Estipulante do Seguro.

8.4.4 A inclusão de Proponentes neste Seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a Declaração Pessoal de Saúde e atividade profissional.

8.4.5 A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo Proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o Proponente declarará ter conhecimento prévio na íntegra das Condições Gerais.

8.4.6 A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do Proponente no Seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a Proposta será considerada aceita.

8.4.7 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

8.4.8 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto ou subitem 8.7.1 o prazo de 25 (vinte e cinco) dias previsto no subitem 8.7 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

8.4.9 A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no plano de seguro.

8.4.10 Nos contratos de Seguro cujas Propostas de Adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da aceitação ou da recusa do seguro.

8.4.11 A Seguradora comunicará ao estipulante, em suporte duradouro, a decisão sobre a aceitação ou recusa da proposta coletiva. Em caso de recusa, esta será expressamente motivada, nos termos do art. 49, §3º da Lei nº 15.040/2024. O estipulante deverá alertar previamente os segurados sobre as informações relevantes que devem ser prestadas e as consequências do descumprimento do dever de informar, conforme disposto no art. 46 da referida

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.

8.4.11.1 A comunicação deverá ser feita por meio idôneo, acompanhada da documentação necessária para comprovar a alteração do risco.

8.4.11.2 A Seguradora, após o recebimento da comunicação completa, analisará o pedido e, caso seja constatada a efetiva e relevante redução do risco, realizará o ajuste no valor do prêmio

8.4.11.3 A redução do prêmio será aplicada de forma proporcional ao tempo restante da vigência da apólice, a contar da data do recebimento da solicitação pela Seguradora, ressalvados os custos de contratação já incorridos, na mesma proporção.

8.4.11.4 Entende-se como redução relevante do risco, por exemplo, a mudança de profissão para uma atividade de menor periculosidade ou a cessação da prática de esportes de risco, desde que tais condições tenham sido consideradas no cálculo original do prêmio.

8.4.12 A Seguradora, desde que o faça-nos 25 (vinte e cinco) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

8.4.12.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

8.4.13 O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

8.4.14 Caso a proposta de alteração do contrato pela Seguradora, em decorrência do agravamento do risco, resulte em um aumento de prêmio superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado terá o direito de recusar a modificação e optar pelo cancelamento do seguro. A decisão de cancelar deverá ser comunicada à Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da proposta de alteração, sendo o cancelamento efetivado a partir da data de início do agravamento do risco.

8.4.15 O Segurado deve comunicar imediatamente qualquer agravamento relevante do risco. A Seguradora terá 20 dias para cobrar diferença de prêmio ou resolver o contrato. A resolução produzirá efeitos 30 dias após a notificação formal. Em caso de resolução, haverá restituição proporcional do prêmio pago, deduzidas despesas. O não cumprimento da comunicação pode gerar perda da cobertura (dolo) ou cobrança da diferença de prêmio (culpa).

8.4.16 Na contratação do seguro que cubra a vida e/ou a integridade física de terceiro, o proponente ou estipulante, conforme o caso, deverá declarar expressamente na Proposta de Adesão ou Proposta de Contratação o interesse segurável sobre a vida e incolumidade do segurado, conforme exigido pela legislação em vigor.

9 BENEFICIÁRIOS

9.1.2 O Credor, indicado pelo segurado na proposta de adesão, será sempre o primeiro Beneficiário do Seguro, independente da cobertura, 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.

9.1.3 Os Beneficiários para recebimento do Capital Segurado remanescente (se houver), serão indicados pelo Segurado no ato da sua inclusão ao Seguro.

9.1.4 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

9.1.5 próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem estas Condições Gerais.

9.1.6 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.

9.1.7 As informações de que se trata este artigo deverão estar expressas nas Condições Contratuais do Seguro.

9.1.8 Natureza Jurídica do Capital Segurado Para todos os fins de direito, o capital segurado devido em razão da morte do segurado não é considerado herança e não está sujeito às dívidas do falecido, sendo pago diretamente ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice.

10 CAPITAIS SEGURADOS

10.1.2 O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas corresponderá ao valor total do financiamento (ou do bem) ou do valor do saldo devedor da dívida contraída pelo Segurado junto ao Credor, e informado pelo Estipulante à Seguradora, sendo limitado ao capital máximo estabelecido no Contrato do Seguro, podendo ser contratado com as seguintes modalidades, sendo:

a) Capital Segurado fixo: modalidade em que o Capital Segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação;

b) Capital Segurado vinculado: modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste; e

c) Capital Segurado variável: modalidade em que o Capital Segurado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, tal como, mas não se limitando a fatura de cartão de crédito e dívida de cheque especial.

d) Para as coberturas IFT, PDRI e RIH, a amortização será definida conforme a quantidade de parcelas previamente estipuladas, em substituição à integralidade do saldo devedor.

10.1. Para fins deste seguro, o saldo devedor corresponderá ao valor presente das parcelas vincendas da obrigação, sem considerar parcelas em atraso, multas e juros, decorrentes de inadimplência do segurado no pagamento de sua obrigação junto ao credor, sendo limitado ao capital máximo estabelecido no certificado de seguro. Exceções deverão estar previstas no Contrato de seguro.

10.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento.

10.3. Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;
- b) Nas demais coberturas, se contratadas – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- c) na Cobertura Básica de Morte a data do falecimento do segurado, comprovada mediante certidão de óbito;
- d) na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente que deu origem ao sinistro;
- e) na Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), a data indicada na declaração ou atestado médico data esta que deu origem ao sinistro;
- f) na Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), a data do diagnóstico da incapacidade mencionada no laudo médico contendo a caracterização da incapacidade e estimativa de tempo do afastamento;
- g) na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (PRDI), quando não houver aviso prévio, a data da baixa do contrato de trabalho do Segurado. Quando houver aviso prévio da dispensa, será considerada como data do evento aquela do aviso prévio;
- h) na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), a data da internação.

11 ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS

11.1 Quando a modalidade contratada for Capital Segurado Fixo, os capitais Segurados e os Prêmios, serão atualizados monetariamente em cada aniversário da Apólice coletiva pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo –Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses que antecedem o término de vigência da apólice.

11.2 Quando a modalidade contratada for Capital Segurado Vinculado ou Capital Segurado Variável, os Capitais Segurados e os Prêmios serão automaticamente atualizados a cada amortização ou reajuste da obrigação assumida, seguindo os critérios e a periodicidade definidos no contrato firmado entre o segurado e o credor. Neste caso, o Estipulante deverá comunicar à Seguradora todas as alterações do valor da obrigação.

11.3 A atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (do IPCA/IBGE).

11.4 Quando houver pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

12 CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência e a cada renovação da Apólice será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do Seguro Individual do Segurado;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do Prêmio Total de cada Cobertura;
- d) Período de Carência;
- e) Período de Franquia.

13 CUSTEIO DO SEGURO

- f) Conforme disposto no Contrato, o custeio do Seguro pode ser:
- g) O seguro pode ser contributário onde segurado paga total ou parcialmente ou Não Contributário onde os segurados não pagam prêmio. O prêmio pode ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

14 PREMIO DO SEGURO

14.1 A forma de pagamento, do Prêmio do Seguro poderá ser mensal ou anual (à vista prêmio único) conforme descrito no Contrato do Seguro.

14.2 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

14.2.2 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio do Seguro houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

14.2.3 A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice coletiva, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

14.2.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurado, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

14.3 Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.4 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ºvia do boleto bancário.

14.5 Nos Seguros Contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os Prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice coletiva, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

14.6 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice coletiva, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do Seguro individual ou mediante pedido do Segurado Principal.

14.7 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

14.8 Haverá devolução dos prêmios ajustados nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

14.9 No caso de resilição total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.10 O prêmio é devido a partir do momento em que a seguradora assume o risco, conforme previsto na apólice.

15 ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

15.1.2 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura: Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer Capital Segurado ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.1.3 A parcela vencida mencionada no subitem anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

15.1.4 Quando suspensa a cobertura do Seguro, seja da apólice coletiva, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

15.1.5 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura. Nestes casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários o direito ao recebimento de qualquer capital segurado ou

15.1.6 indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

15.1.7 O prazo para pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

15.1.8 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa e juros de mora conforme previsto na Proposta de Contratação e Condições Contratuais da apólice.

15.1.9 Em caso de não pagamento de uma parcela mensal, a Seguradora enviará uma notificação prévia ao segurado, concedendo um prazo mínimo de 15 (quinze) dias para a regularização do pagamento. A suspensão da cobertura só se efetivará após o término desse prazo, caso o débito não seja quitado.

O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.1.10 Constatada a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal (subsequente à primeira), a Seguradora notificará o Segurado ou o Estipulante, por meio idôneo que comprove o recebimento, informando sobre o débito e o risco de suspensão da cobertura.

15.1.11 A notificação concederá um prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de seu recebimento, para a regularização do pagamento do prêmio em atraso.

15.1.12 Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo estipulado no item anterior, a vigência de todas as garantias do seguro será suspensa a partir do dia seguinte ao término do prazo concedido. A Seguradora não se responsabilizará por sinistros ocorridos durante o período de suspensão.

15.1.13 O seguro poderá ser reabilitado a qualquer momento antes do seu cancelamento. A reabilitação ocorrerá mediante o pagamento da parcela em atraso, e as garantias voltarão a viger a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da regularização. É vedada a cobrança de prêmio referente ao período em que a cobertura esteve suspensa.

15.1.14 Se o prêmio não for pago em um prazo de 60 dias, após o início da suspensão, o seguro será cancelado de pleno direito, independentemente de nova notificação.

15.1.15 Nos seguros coletivos de pessoas, a resolução somente poderá ocorrer 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

15.1.16 Durante os prazos indicados nos itens anteriores, o Segurado ou o estipulante poderá regularizar o pagamento, restabelecendo a cobertura.

15.1.17 Após a resolução, a Seguradora ficará liberada de qualquer responsabilidade por sinistros ocorridos posteriormente, assegurada a

restituição proporcional de valores eventualmente pagos, deduzidas as despesas previstas contratualmente.

CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

15.1.18 O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de 15 (quinze) dias corridos a contar da emissão do Certificado, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

15.1.19 A Seguradora ou seu Estipulante fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

15.1.20 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato.

15.1.21 A devolução a que se refere o item 15.3 será realizado pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Seguro, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

16 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, por meios eletrônicos, telegrama, carta, e-mail ou qualquer meio disponível no momento.

16.1.2 Em seguida, deverá ser encaminhada a documentação relacionada no item 16.3, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros documentos que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela Seguradora

16.1.3 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação de todos os documentos necessários à regulação e liquidação do sinistro, constantes no subitem 16.3.

16.1.4 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos no item 16.3, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

16.1.5 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.2 e 16.2.1, a Seguradora pagará juros de mora de 1,0% ao mês e multa de 2,0% sobre o valor da indenização, contados a partir do primeiro dia posterior

ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

16.1.5.1 Independentemente da modalidade do capital segurado definida, o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios, quando devidos, far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16.1.6 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha praticar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

16.1.7 Nos casos de cobertura internacional no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

16.3. Documentos para Regulação dos Sinistros

16.3.1 Para a Cobertura Básica – Morte:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do segurado com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Beneficiário;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito se houver;
- d) Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes da obrigação assumida pelo segurado junto ao credor;
- e) Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da obrigação assumida pelo segurado na data de ocorrência do sinistro;
- f) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação de Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- c) Laudo de Exame Cadavérico emitido pelo Instituto Médico Legal - IML, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

16.3.2 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- I) Cópia Simples**
 - a) Comprovante do vínculo do segurado com o Estipulante;
 - b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
 - c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo, e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
 - d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.
 - e) Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes obrigação assumida pelo segurado junto ao credor;
 - f) Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da obrigação assumida pelo segurado na data de ocorrência do sinistro;
 - g) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário
- II) Cópia Autenticada**
 - a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
 - b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
 - c) Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
 - d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito.
- III) Documento Original**
 - a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da lesão, eventual invalidez pré-existente no membro lesionado, o grau de invalidez e a data da invalidez.

16.3.3 Para Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença

- I) Cópia Simples**
 - a) Comprovante do vínculo do segurado com o Estipulante;
 - b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado, do mês do evento;
 - c) Exames médico comprobatórios da lesão / doença.
 - d) Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes obrigação assumida pelo segurado junto ao credor;
 - e) Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da obrigação assumida pelo segurado na data de ocorrência do sinistro;
 - f) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário
- II) Cópia Autenticada**
 - a) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 06 recolhimentos anteriores a data do sinistro).
- III) Documento Original**
 - a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau da incapacidade

e a estimativa do tempo de afastamento.

Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- b) Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes obrigação assumida pelo segurado junto ao credor;
- c) Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da obrigação assumida pelo segurado na data de ocorrência do sinistro;
- d) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).

16.3.5. Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar Doença e Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do segurado com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Prontuário Médico completo;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames complementares comprovando os diagnósticos.
- f) Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes obrigação assumida pelo segurado junto ao credor;
- g) Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da obrigação assumida pelo segurado na data de ocorrência do sinistro;
- h) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário

II) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do médico assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem data da internação e a data da alta médica.

Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o

Gente Seguradora S.A.

Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito;
- d) Laudo de Exame de Corpo de Delito emitido pelo Instituto Médico Legal (IML).

Nota: **A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.**

16.3.6 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do segurado com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado, do mês do evento.
- c) Contrato entre segurado e credor, contendo descrição das prestações periódicas decorrentes obrigação assumida pelo segurado junto ao credor;
- d) Extrato ou resumo fornecido pelo credor contendo valor presente das parcelas vincendas que corresponderá ao saldo da obrigação assumida pelo segurado na data de ocorrência do sinistro;
- e) Comprovante contendo os dados bancários do beneficiário

II) Cópia Autenticada

- a) Carteira Profissional envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;
- b) Termo de Rescisão Contratual com a devida homologação.

III) Documento Original

- a) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão.

16.3.7 Para Cobertura de IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc (cópia autenticada);
- c) Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- d) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema

orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício das relações autonômicas do segurado, bem como a Carta de Concessão de Aposentadoria fornecida pela Previdência Social (cópia autenticada);

- e) Laudo médico subscrito por profissional, devidamente habilitado na sua especialização indicando a data do enquadramento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura;
- f) Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente. (Original ou cópia autenticada).

16.4 Junta Médica

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

16.4.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

16.4.1.1 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

16.4.1.2 A Seguradora e o segurado se comprometem a aceitar a decisão da junta médica.

16.4.2 Perícia da Seguradora

16.4.2.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

16.4.2.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médica hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora.

16.4.2.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo Contrato e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas.

16.4.2.4 Indenizações em virtude de sentença judicial cível transitada em julgado ou de acordo autorizado previamente e de modo expresso pela Seguradora, mediante comprovação dos danos involuntários, corporais e materiais causados a terceiros, desde que as referidas coberturas tenham

sido contratadas de forma distinta e expressa, mediante respectivo pagamento de prêmio;

16.4.2.5 Indenizações em virtude de sentença judicial cível transitada em julgado ou de acordo autorizado previamente e de modo expresso pela Seguradora, mediante comprovação dos danos involuntários, corporais e materiais causados a terceiros, desde que as referidas coberturas tenham sido contratadas de forma distinta e expressa, mediante respectivo pagamento de prêmio;

TABELA DE HONORÁRIOS

Valor em Risco	Percentual	Honorários Mínimos
Até R\$ 10.000,00	15%	Um salário mínimo vigente
De R\$ 10.001,00 até R\$ 20.000,00	10%	R\$ 1.500,00
De R\$ 20.001,00 até R\$ 40.000,00	8%	R\$ 2.000,00
De R\$ 40.001,00 até R\$ 60.000,00	7%	R\$ 3.000,00
De R\$ 60.001,00 até R\$ 80.000,00	6%	Sem valor mínimo
Acima de R\$ 80.001,00	5%	Sem valor mínimo

17 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

17.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro Individual:

- a) com a liquidação da dívida garantida pelo Seguro;
- b) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- c) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado Principal;
- d) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- e) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- f) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;
- g) pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do Seguro;
- h) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice coletiva;
- i) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Estipulante, seu representante, ou Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do Contrato.

18 CANCELAMENTO DO SEGURO

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
 CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

A Apólice coletiva será cancelada:

18.1 A qualquer tempo, por acordo mútuo entre o Estipulante e a Seguradora, desde que mediante anuênciia prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o aviso prévio de 30 (trinta) dias.

18.2 pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14.

18.3 se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

18.4 quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato;

18.5 no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;

18.6 no caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante.

19 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- d) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do Seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato;
- f) Não fornecimento da documentação solicitada.

19.2 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

19.3 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas da alínea a) do subitem 19.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao risco 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 ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao risco decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- 19.4 Nas hipóteses de agravamento do risco por parte do segurado, a perda do direito à indenização em caso de sinistro somente ocorrerá se a Seguradora comprovar o nexo causal direto entre o risco intencionalmente agravado e não comunicado e o evento que gerou o sinistro.
- 19.5 A não observância da obrigação de declarar o interesse segurável sobre a vida e/ou integridade física de terceiro no ato da contratação do seguro, conforme previsto nas Condições Gerais, resultará na perda do direito a qualquer indenização e no cancelamento do seguro, por configurar nulidade do contrato em relação à cobertura do terceiro.

20 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

I – fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, 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 a Apólice de Seguro;

IV – efetuar o pagamento ou repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos na Apólice de Seguro.

V – repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VI – 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;

VII – comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quanto esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

VIII – dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação e liquidação de sinistros;

IX – comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto a Apólice de Seguro;

X – fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e

XI – 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 caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

XII - O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.

XIII Prestar assistência ao segurado e seus beneficiários em todas as fases do contrato, orientando-os sobre seus direitos e deveres.

20.2 Além das obrigações listadas, o Estipulante, na qualidade de representante dos segurados perante a Seguradora, poderá atuar em nome do segurado ou do beneficiário para exigir o cumprimento de todas as obrigações previstas neste contrato, em favor exclusivo dos mesmos e nos termos da legislação aplicável.

21 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

21.1 Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora

21.2 Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;

21.3 Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber.

21.4 Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;

21.5 Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.

21.6 Recolher integralmente os impostos correspondentes ao seguro, conforme legislação em vigor.

21.7 Constituir todas as reservas técnicas e provisões necessárias para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da Apólice.

21.8 Prestar ao Estipulante e ao Subestipulante e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de

Gente Seguradora S.A.

seguro. Emitir apólice, cujas notas técnicas e condições do seguro devem estar depositadas ou aprovadas pela SUSEP, observando todas as normas legais e regulatórias aplicáveis.

21.9 A Seguradora se responsabiliza integralmente pelos atos e omissões de seus representantes, prepostos e corretores de seguros no exercício de suas funções, que a vincularão para todos os fins e efeitos deste contrato, nos termos da legislação vigente.

21.10 Qualquer valor excedente ao necessário para a indenização do sinistro, apurado

após a liquidação, pertencerá exclusivamente ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme previsto no art. 97 da Lei nº 15.040/2024. A Seguradora não poderá reter ou dispor desse excedente, devendo efetuar a devolução integral no mesmo prazo aplicável ao pagamento da indenização.

22 DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se um percentual do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de Seguro Contributário, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante:

22.1 Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

22.2 Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de
- f) competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- g) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, IR e CSLL;

- j) Despesas de Marketing;
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais a serem fornecidos aos Segurados; e
- l) Valor total das despesas com Assistências.

22.3 As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorrerem, para as despesas de administração;

A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

23 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

23.1 O presente Seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, Seguradora e Estipulante.

23.1.1 Para manter o equilíbrio técnico do Seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

23.1.2 Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado. A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

23.2 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

24 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas estas Condições Gerais.

25 DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios do Seguro ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

25.2 O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

25.3 As Condições Contratuais / Regulamento deste produto encontram-se

Gente Seguradora S.A.

registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

25.4 Não Sub-rogação: Conforme a legislação vigente, o pagamento do capital segurado por morte ou incapacidade não confere à Seguradora o direito de sub-rogação. Desta forma, a Seguradora não buscará o ressarcimento de valores de terceiros que possam ter causado o sinistro.

25.5 Impenhorabilidade do Capital Segurado: O capital segurado devido em razão de morte ou de perda da integridade física é impenhorável, não podendo ser utilizado para a quitação de dívidas do segurado ou do beneficiário, nos termos da lei.

25.6 pelo exercício de sua atividade, o corretor de seguros fará jus à comissão de corretagem, conforme estabelecido na proposta e na apólice.

25.7 A renovação ou prorrogação do seguro, quando não automática ou implicar alteração de cobertura ou condições financeiras mais favoráveis ao segurado, poderá ser intermediada por outro corretor, de livre escolha do segurado ou do estipulante, sem prejuízo do direito à comissão pelo corretor que efetivar a intermediação.

26 PRESCRIÇÃO

- 26.1 Prescrevem em 1 (um) ano, contado da ciência da recusa expressa e motivada da seguradora, as pretensões do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas ou restituição de prêmio.
- 26.2 Prescrevem em 3 (três) anos, contados da ciência do fato gerador, as pretensões dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir indenização, capital, reserva matemática ou prestações vencidas
- 26.3 A prescrição será suspensa uma única vez quando houver pedido de reconsideração da recusa, cessando na data da comunicação da decisão final pela seguradora.

27 DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

28 DEFINIÇÕES

28.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

Incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- 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: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-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, definido no subitem 27.1, acima.

28.2 Apólice Coletiva

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do Contrato de Seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de Seguro.

28.3 Beneficiários

Será o Estipulante até o valor do Saldo Devedor. Para o Capital Remanescente (se houver), serão as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o Capital da hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Perda de Renda por Desemprego Involuntario (PRDI) e Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), o Beneficiário, para pagamento do Capital Remanescente, será o próprio Segurado Principal.

28.4 Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

28.5 Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência da cobertura Individual, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito às Coberturas Contratadas, sem prejuízo do pagamento dos Prêmios do Seguro Individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

28.6 Carregamento

É o percentual incidente sobre o Prêmio do Seguro pagos, destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

28.7 Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do Proponente do Seguro.

28.8 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

28.9 Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Contratação e da Apólice Coletiva.

28.10 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

28.11 Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

28.12 Credor

Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

28.13 Devedor

Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

28.14 Doença

É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado,

caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

28.15 Doenças, lesões e acidentes Pré-Existentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do Seguro e que seja de seu conhecimento e não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

28.16 Estipulante

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de um plano coletivo de seguro, investida de poderes para representar os segurados perante a seguradora, conforme legislação e normas vigentes.

O estipulante pode assumir:

Papel de Credor: quando concede crédito aos segurados e contrata o seguro para garantir o pagamento da dívida em caso de sinistro.

Papel de Devedor: quando contrata o seguro para garantir obrigações financeiras próprias, como empréstimos ou financiamentos assumidos por ele mesmo.

28.17 Evento Coberto

É o acontecimento futuro incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

28.18 Excedente Técnico

Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

28.19 Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

28.20 Grupo Segurado

é aquele constituído pelo componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluidos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

28.21 Grupo Segurável

é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo anterior, de natureza não securitária, com o Estipulante, e que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato.

28.22 Hospital

Designa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

28.23 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

28.24 Internação Hospitalar

É o período em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do Segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal

de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.

28.25 Internação Eletiva

É a internação hospitalar que é agendada, sem caráter de urgência.

28.26 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

28.27 Obrigaçāo

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

28.28 Prêmio do Seguro

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

28.29 Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a Condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

28.30 Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela Seguradora que, preenchido assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do Proponente pertencente ao Grupo Segurável de ser incluído no Seguro. Poderá a Seguradora, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do Seguro.

28.31 Proposta de Contratação

É o documento através do qual a empresa Proponente manifesta a sua vontade em contratar o Seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pelo conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e no Contrato.

Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela Seguradora dos riscos a serem garantidos ou recusados.

28.32 Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

28.33 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

28.34 Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo Seguro e ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a Seguradora.

28.35 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

28.36 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.

28.37 Interesse legítimo

Para efeitos deste contrato, considera-se interesse legítimo o vínculo econômico ou jurídico que o segurado ou beneficiário possua em relação ao bem, pessoa ou direito objeto do seguro. A garantia securitária somente será aplicável enquanto existir interesse, a inexistência, extinção ou impossibilidade do interesse legítimo implica a nulidade ou resolução do contrato, conforme previsto na legislação vigente