



Condições Gerais

Allianz Prestamista - PPI

Abril/2022

CONDIÇÕES GERAIS – ALLIANZ PRESTAMISTA

1 OBJETIVO DO SEGURO

Garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento do capital segurado contratado, caso venha ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Perda de Renda, desde que contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, das Especiais ou Aditivos.

2 DEFINIÇÕES

2.1 Acidente pessoal

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) O suicídio ou a sua tentativa, que serão equiparados, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) Ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) Escapamento de gases e vapores;
- d) Seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumáticas, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**

- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrente de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho-DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) 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 pessoal.

2.2 Apólice de seguro

É o instrumento do contrato de seguro celebrado entre e a ALLIANZ SEGUROS e a estipulante, ao qual poderão aderir os componentes do grupo segurável. A apólice será emitida pela ALLIANZ SEGUROS devendo conter, obrigatoriamente, a íntegra destas condições gerais.

2.3 Agravamento do risco

É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do segurado.

2.4 Beneficiários

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro devidamente coberto.

2.5 Capital segurado

É a importância máxima estabelecida para a cobertura, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro. O valor do capital segurado será pactuado quando da adesão ao seguro.

2.6 Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data de início de vigência individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo no pagamento do prêmio. A carência poderá ser total ou parcial,

abrangendo todas as coberturas ou parte delas. Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.7 Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos pelo segurado destinados a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

2.8 Certificado individual de seguro

É o documento emitido pela ALLIANZ SEGUROS, e entregue ao segurado para comprovar a sua inclusão no seguro. Contém, com base nas informações prestadas pelo segurado, as coberturas contratadas, os valores dos capitais segurados de cada cobertura, a data de início e término de vigência individual e o valor do prêmio total.

2.9 Condições contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais e se houver das especiais, aditivos ou eventuais endossos e, da proposta de adesão.

2.10 Condições gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações da ALLIANZ SEGUROS, da estipulante, do segurado e dos beneficiários deste seguro, bem como as características gerais do seguro.

2.11 Condições especiais

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.12 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a ALLIANZ SEGUROS, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações da estipulante, da ALLIANZ SEGUROS, dos segurados e dos beneficiários.

2.13 Corretor

É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. 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.

2.14 Custeio de seguro

O custeio do seguro pode ser:

Não-contributário: quando os segurados não pagam o prêmio.

Contributário: quando os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

2.15 Doenças e lesões preexistentes.

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas, antes da contratação do seguro e que seja do conhecimento do segurado no momento de sua inclusão no seguro e não declarada na proposta de adesão.

2.16 Estipulante ou sub estipulante

É a pessoa que contrata o seguro em proveito dos segurados e fica investida dos poderes de representação destes perante a ALLIANZ SEGUROS nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

2.17 Franquia

É o valor do capital segurado, pelo qual o segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo.

2.18 Grupo segurado

É aquele constituído pelos componentes do grupo segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos destas condições gerais.

2.19 Grupo segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o estipulante que poderão aderir ou ser incluídas no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas condições gerais e, se houver, nas condições especiais e dos aditivos.

2.20 Indenização

É o valor que a seguradora paga ao beneficiário em decorrência de sinistro coberto durante o período de cobertura.

2.21 Plano de coberturas

É o conjunto de coberturas contratadas pelo estipulante a favor dos segurados, indicado na proposta de contratação e aceite pela ALLIANZ SEGUROS.

2.22 Prêmio

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

2.23 Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de segurado somente após a sua aceitação pela ALLIANZ SEGUROS.

2.24 Proposta de adesão

É o formulário pelo qual o proponente expressa seu interesse em aderir ao seguro. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações solicitadas que permitirão à ALLIANZ SEGUROS avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do proponente

2.25 Proposta de contratação

É o formulário fornecido pela ALLIANZ SEGUROS, por meio do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas condições gerais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações solicitadas que permitirão à ALLIANZ SEGUROS avaliar as condições de aceitação ou recusa do seguro.

2.26 Regime financeiro de repartição simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

2.27 Seguradora

É a ALLIANZ SEGUROS S.A., que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

2.28 Segurados

São as **pessoas físicas ou jurídicas (prestamistas)**, pertencentes ao grupo segurado, que convencionaram pagar prestações ao estipulante para amortizar a dívida contraída ou para atender ao compromisso assumido, por contrato de adesão, de acordo com a categoria de crédito.

Quando o adquirente da dívida ou compromisso (prestamista) for pessoa jurídica, a determinação do segurado seguirá o seguinte critério, desde que se encontre em perfeitas condições de saúde e não ultrapasse o limite de idade previsto nas condições especiais.

a) Será o sócio majoritário da empresa. Quando houver participação igualitária entre os sócios majoritários será o sócio mais idoso na data de adesão ao seguro. No caso de haver coincidência entre as datas de nascimento dos sócios mais idosos será considerado aquele definido pelo estipulante.

- b) A pessoa jurídica adquirente de cota de financiamento, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar, por ocasião da contratação do seguro, que a qualificação de prestamista Segurado recaia sobre todos os sócios acionistas, com capital segurado proporcional a participação acionária de cada um.

2.29 Sinistro

É a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas no seguro, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias a ALLIANZ SEGUROS.

3 PLANO DE COBERTURAS

De acordo com a opção do estipulante na proposta de contratação poderão ser contratadas as seguintes coberturas a favor dos Segurados, sendo obrigatória à contratação da **Cobertura Básica (Morte)**:

Cobertura Básica:

- **Morte**

Coberturas Adicionais:

- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**
- **IFPD – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**
- **PR – Perda de Renda**

4 CONCEITOS DAS COBERTURAS

4.1 Morte

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado contratado para a cobertura Básica (Morte) em caso de falecimento do segurado, seja natural ou acidente, devidamente coberto pelo seguro, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais, das especiais ou aditivos.**

4.2 IPTA - Invalidez permanente total por acidente

Desde que contratada garante **aos beneficiários**, o pagamento do capital contratado para a cobertura de invalidez permanente total por acidente, **observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais, das especiais, contrato ou aditivos.**

4.2.1 O capital segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do contratado para a cobertura básica (Morte).

4.2.2 Entende-se por Invalidez permanente total por acidente a invalidez insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

4.2.2.1 Considera-se Invalidez permanente total por acidente:

- 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 e incurável

4.2.2.2 Nos casos não especificados no subitem 4.2.2.1, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição total e permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

4.2.3 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado nesta cobertura.

4.2.4 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

4.2.5 A Invalidez permanente total por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação a ALLIANZ SEGUROS de declaração médica idônea a essa finalidade. A ALLIANZ SEGUROS reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação de invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de perda do direito à indenização caso o Segurado se recuse.

4.2.6 Depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

4.3 IFPD - Invalidez funcional permanente total por doença

Desde que contratada garante **aos beneficiários** o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez funcional e permanente total por doença, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas condições gerais.

4.3.1 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez funcional total e permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do segurado.

4.3.1.1 É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas.

4.3.1.2 Entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas relacionadas em pelo menos uma das alíneas abaixo, de forma total, permanente e inequivocamente independente de qualquer ajuda:

- a) levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;
- b) manter suas funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem ajuda de dispositivos ou aparelhos/máquinas extra-corpóreas de substituição funcional (p. ex.: sonda enteral, respirador artificial, diálise peritonial mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);
- c) ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

4.3.1.3 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4.3.2 A Invalidez funcional permanente total por doença deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A ALLIANZ SEGUROS 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 se recuse.

4.3.2.1 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.

4.3.3 Ocorrendo a Invalidez funcional total e permanente por doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o seguro individual. Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

4.3.3.1 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez funcional total e permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas condições gerais, sem qualquer devolução de prêmios.

4.3.3.2 Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao (s) beneficiário (s) indicado (s).

4.3.4. A Cobertura de Invalidez funcional permanente total por doença não se acumula com a cobertura básica (morte), e Invalidez permanente total por acidente (IPTA).

4.4 PR – Perda de Renda

4.4.1 Profissionais registrados: desemprego involuntário/falência de empregador

Desde que contratada, garante **ao beneficiário** o pagamento consecutivo de até 6 (seis) prestações mensais, convencionadas para amortizar a dívida contraída ou para atender ao compromisso assumido, em caso de desemprego involuntário do segurado por vontade exclusiva de seu empregador e/ou em caso de **falência do empregador, observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais, das especiais, contrato ou aditivos.**

4.4.1.1 O início do pagamento se dará a partir do mês subsequente ao da rescisão contratual de trabalho, desde que o segurado permaneça desempregado.

4.4.1.2 O início do pagamento se dará a partir do mês subsequente ao da **sentença declaratória de falência**, desde que o segurado permaneça desempregado.

4.4.1.3 O segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima, sem interrupção, de um ano e ter uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

4.4.1.4 Carência: para ter direito a esta cobertura há uma carência de 90 (noventa) dias contados do início de vigência individual.

4.4.2. Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária

4.4.2.1. Desde que contratada garante **ao beneficiário** o pagamento de até 180 (cento e oitenta) diárias por evento, em caso de afastamento do segurado, causado por doença ou acidente, ocorrido após o período de carência, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer todas as suas atividades profissionais por um período superior e ininterrupto a 15 (quinze) dias, mediante comprovação por laudo médico, reconhecido pela ALLIANZ SEGUROS,

observados os riscos excluídos e as demais cláusulas destas condições gerais, das especiais, contrato ou aditivos.

4.4.2.2. Como Incapacidade Física Total Temporária entende-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos, em decorrência de acidente ou doença.

4.4.2.3. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária.

4.4.2.4. São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 26.4.2 “Procedimento em Caso de Sinistro”, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro. Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, que tenha sido devidamente indenizado, o segurado, somente após transcorridos 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, estará novamente elegível à pleitear e receber, indenização de um novo evento de Incapacidade Física Temporária

4.4.2.5 O pagamento da cobertura de **. Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (PRITF)** será efetuado com base na seguinte tabela:

Período de Afastamento	Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro
De 16 a 31 dias	1 parcela
De 32 a 60 dias	2 parcelas
De 61 a 90 dias	3 parcelas
De 91 a 120 dias	4 parcelas
De 121 a 150 dias	5 parcelas
De 151 a 180 dias	6 parcelas

4.4.2.6 O valor de cada diária corresponde a 3,33% da prestação mensal, convencionadas para amortizar a dívida contraída ou para atender ao compromisso assumido.

4.4.2.7 Carência: nesta cobertura há uma carência por um período de 90 (noventa) dias contado da data de início de vigência individual ou da alteração de capital segurado, para os eventos decorrentes de doença. Para os eventos decorrentes de acidentes não haverá carência.

4.4.2.8 Franquia: nesta cobertura há uma franquia de 15 (quinze) dias ininterruptos, contado a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado,

por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento das diárias para qualquer evento. Os pagamentos de diárias por afastamento profissional serão devidos a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento e ficam limitados ao máximo de 180 (cento e oitenta) diárias por evento.

4.4.2.9 Forma de pagamento da indenização

4.4.2.1 Ocorrendo o evento que acarrete o afastamento da atividade profissional declarada pelo segurado em sua proposta de adesão, este ou seu representante legal deverá notificar a ALLIANZ SEGUROS, por meio de fax, telegrama, carta, e-mail ou pelo formulário aviso de sinistro, anexando os resultados de exames comprobatórios da doença ou acidente e relatório do médico assistente, descrevendo o diagnóstico e a estimativa do número de dias de afastamento.

4.4.2.4.2 Em posse do aviso de sinistro e seus anexos (subitem 25.4.1), a ALLIANZ SEGUROS efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o segurado esteve incapacitado de exercer todas as suas atividades profissionais, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data de afastamento, observando o limite de diária de 180 (cento e oitenta) dias por evento, mediante cheque nominal ou crédito em conta corrente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a partir da data do recebimento de toda a documentação pela ALLIANZ SEGUROS.

4.4.2.4.2.1 O número de diárias a serem pagas será determinado pela ALLIANZ SEGUROS em função da necessidade comprovada de afastamento do Segurado de todas as suas atividades profissionais, fundamentado em laudo médico específico apresentado pelo segurado e que esteja em conformidade com a prática médica adotada para as mesmas doenças ou lesões.

4.4.2.4.2.2 Caso não tenha sido ultrapassado o limite de 180 (cento e oitenta) dias por evento, poderá o médico assistente, solicitar a dilação do período de afastamento, de forma justificada por laudo médico específico, respeitado o limite de diárias de 180 (cento e oitenta) dias por evento.

4.4.2.4.3 Quando o afastamento profissional for superior a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo segurado a cada 15 (quinze) dias, conforme retorno ao médico assistente.

4.4.2.4.4 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

4.4.2.4.5 O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, não será considerado como afastamento profissional, **exceto se decorrentes de doenças neurológicas.**

4.4.2.4.6 O proponente, ao assinar a proposta de adesão, autoriza o departamento médico da ALLIANZ SEGUROS a realizar perícia médica no Segurado, a examinar seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita hospitalar e/ou domiciliar e requerer exames complementares. Os resultados apurados pela perícia, incluindo laudos de exames, servirão de base a ALLIANZ SEGUROS para aceitação ou não dos dias de afastamento sugeridos pelo médico assistente do segurado. Os resultados dessa perícia estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

4.4.2.4.7 Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da ALLIANZ SEGUROS, estas despesas serão custeadas pela própria seguradora.

4.4.2.4.8 Comprovado algum tipo de fraude por parte do segurado, seu representante legal ou prepostos, a ALLIANZ SEGUROS suspenderá o pagamento da indenização, cancelará o certificado individual de Seguro e iniciará os procedimentos legais cabíveis, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

4.4.2.4.9 **Caso ocorra o falecimento do segurado durante o período de afastamento coberto e já indenizado, o valor a ser pago pela cobertura de Morte sofrerá a dedução da importância correspondente ao período já indenizado.**

4.4.2.4.10 **Se o segurado vier a falecer durante o período de pagamento das diárias, é devida aos beneficiários a indenização imediata, de uma só vez, do restante do capital segurado.**

4.4.3 Além dos riscos excluídos no item 5 das condições gerais, não terão cobertura do seguro:

- a) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;**
- c) Cirurgias plásticas estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;**
- d) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;**
- e) Hospitalização para check-up;**
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**

- g) Todas as doenças ou transtornos mentais;
- h) Síndrome do Pânico;
- i) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- j) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras salvo os em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- k) Cirurgias para esterilização;
- l) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- m) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- n) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- o) As doenças de características reconhecidamente progressivas, com fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- p) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- q) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membro superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- r) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- s) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

4.4.3.1 Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de invalidez permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que a cobertura garante apenas diárias de incapacidade temporária.

4.4.3.1.1 Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade evoluir para invalidez permanente total, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às diárias garantidas por esta cobertura.

5 RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas do presente seguro, os eventos ocorridos em consequência:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou de outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De doenças, lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de conhecimento do segurado.

- d) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.
- e) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- f) De danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- g) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sob efeito do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas e/ou sem a devida habilitação legal;
- h) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- i) As perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto;
- j) Não estão cobertas as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.

5.2 Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das coberturas de perda de renda:

5.2.1 PROFISSIONAIS REGISTRADOS: DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

- a) As demissões por rescisões negociadas entre o Segurado e o empregador, incentivadas, com gratificações quaisquer que sejam as causas, demissões por conta de fusões, concordata, privatizações e/ou encerramento de atividades, justa causa ou por solicitação;
- b) Os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios ou admitidos por prazo determinado;
- c) Os contratos de trabalho celebrados por aposentados, inativos, pensionistas ou profissionais liberais.

5.3 Também estão expressamente excluídos das coberturas de acidentes pessoais do presente seguro, desde que sua causa não decorra de acidentes cobertos:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências.
- b) parto ou aborto e suas consequências.
- c) choque anafilático e suas consequências

5.4 Considerando que:

- a) O Grupo Allianz, sociedade anônima europeia (“Allianz SE”) subordina-se às leis de sanções da União Europeia e demais Reguladores aplicáveis, inclusive quanto às proibições ou restrições em face de transações econômicas com um Estado, Território, Organização ou Pessoas;
- b) Que a Allianz Seguros faz parte do Grupo Allianz e também se sujeita ao cumprimento das Leis de Sanções e orientações do Grupo,

Esta apólice não fornece qualquer cobertura ou benefício para qualquer negócio ou atividade caso a (a) cobertura ou benefício e/ou (b) negócio ou atividade venha a violar qualquer lei ou regulamento de sanção ou embargo econômico aplicável.

5.5. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

5.6 É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6 CARÊNCIA

6.1 Considera-se como carência a serem aplicadas a cada cobertura:

- **Cobertura básica (Morte):** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- **Cobertura de invalidez permanente total por acidente:** para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.
- **Cobertura de invalidez funcional permanente total por doença:** não haverá carência.
- **Cobertura de perda de renda:** haverá carência de 90 (noventa) dias.

6.2 Adotada a carência, fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período correspondente à carência fixada.

6.3 No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

6.4 Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

6.5 O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

7 CAPITAL SEGURADO

É a importância máxima estabelecida para a cobertura, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro.

7.1 O capital segurado, conforme estabelecido no contrato poderá ser:

- a) Fixo:** constante durante toda a vigência do contrato de seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso.
- b) Saldo devedor:** variável e igual ao estado atual da dívida ou do compromisso.

7.2 Acumulação de Risco

O somatório dos capitais por segurado prestamista, pessoa física ou jurídica, em um ou mais contratos não poderá exceder o limite de aceitação definido nas condições especiais.

7.3 A reintegração do capital segurado pela cobertura de diárias de afastamento profissional é automática após cada evento.

8 ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

8.1 Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8.2 Especificamente para a cobertura de perda de renda, estão cobertos apenas os eventos ocorridos no território brasileiro.

9 OBRIGAÇÕES DA ESTIPULANTE

9.1 Constituem obrigações da estipulante:

- a)** fornecer a ALLIANZ SEGUROS todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela ALLIANZ SEGUROS, incluindo dados cadastrais;

- b)** manter a ALLIANZ SEGUROS informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c)** fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d)** discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e)** repassar os prêmios a ALLIANZ SEGUROS, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f)** repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g)** discriminar o nome da ALLIANZ SEGUROS responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h)** comunicar de imediato a ALLIANZ SEGUROS, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i)** dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j)** comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k)** fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l)** informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

Parágrafo único: Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios a ALLIANZ SEGUROS nos prazos contratualmente estabelecidos não acarreta a suspensão da cobertura e sujeita o estipulante ou sub-estipulante às cominações legais.

9.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

- a)** cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela ALLIANZ SEGUROS;
- b)** alterar as condições gerais, especiais e contrato, ou quaisquer outros documentos relativos ao contrato de seguro, sem anuência prévia e expressa do Segurado, nos casos em que a alteração implique ônus ou restrição a direito do Segurado;
- c)** substituir a ALLIANZ SEGUROS, fora do aniversário da apólice, sem a prévia anuência dos segurados;
- d)** efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;

- e) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

10. CONTRATAÇÃO/ALTERAÇÃO DO CONTRATO

A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado, observado o disposto nos itens 11.2 e 13.2 destas condições gerais.

11 VIGÊNCIA DA APÓLICE

Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

11.1 A apólice vigorará pelo prazo expresso nas condições contratuais da apólice, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o segurado ou a seguradora, manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, **ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas condições gerais.**

11.2 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**. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

11.3 A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas nas condições especiais.

12 VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

12.1 As propostas de adesão recebidas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas condições especiais.

12.2 As propostas de adesão recebidas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 horas da data em que a ALLIANZ SEGUROS receber a proposta assinada pelo segurado.

12.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

13 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

13.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a ALLIANZ SEGUROS e o Segurado.

13.2 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice. Caso a alteração implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da concordância expressa e escrita dos segurados que representem 3/4 do grupo segurado, ratificada pelo correspondente endosso.

13.3 Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

14 ALTERAÇÕES DO RISCO

14.1 O segurado está obrigado a comunicar à ALLIANZ SEGUROS, 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.

14.1.1 A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação 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.

O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída à diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15 NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

15.1 É a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação e manutenção do contrato de seguro.

15.1.1 O número mínimo de segurados para a implantação e manutenção do seguro será fixado, em cada caso, na proposta de contratação e nas condições especiais.

15.1.2 Caso, após a celebração do contrato entre estipulante e a ALLIANZ SEGUROS, não seja atingido, num prazo de 90 (noventa) dias, o número mínimo de

segurados a que se refere o subitem 15.1 acima, o seguro não será renovado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

16 ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

16.1 São proponentes ao seguro todas as pessoas físicas ou jurídicas (prestamistas) do grupo segurável, em perfeitas condições de saúde e que não estejam aposentados por invalidez ou afastados, na data do início de vigência individual.

16.1.1 A aceitação do seguro está sujeita à análise de risco.

16.2 O limite de idade será definido na proposta de seguro.

16.3 A inclusão dos proponentes é feita mediante proposta de adesão, totalmente preenchida e assinada, manualmente ou eletronicamente.

16.3.1 Para a aceitação dos proponentes no seguro, a ALLIANZ SEGUROS poderá eventualmente exigir o fornecimento de declaração pessoal de saúde, relatório médico, exames específicos, resultados de exames complementares, declarações complementares e outras informações que julgar necessária, além de perícia médica realizada pelo departamento médico da ALLIANZ SEGUROS.

16.3.2 A aceitação da proposta ficará condicionada à análise da seguradora, podendo ser recusada dentro do prazo de 15 dias a partir da data do protocolo do recebimento da mesma. Durante o prazo de 15 dias a seguradora poderá solicitar documentação complementar, para análise e aceitação do risco. Não havendo manifestação da seguradora dentro do prazo de 15 dias, o risco estará automaticamente aceito. A não aceitação da proposta de Adesão, será comunicada, por escrito, ao proponente por intermédio do Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros, justificando a recusa. O início de vigência de cobertura da apólice respeitará a data de aceitação e/ou o critério informado na proposta. A data de emissão da apólice e/ou sua disponibilização será considerada como data de aceitação do risco.

16.3.3 No caso da não aceitação da proposta de adesão por parte da seguradora neste prazo, será efetuada a devolução do prêmio eventualmente pago devidamente atualizado pelo IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), “pró-rata dia”, da data do pagamento até a data da restituição.

16.3.4 O Proponente terá cobertura provisória no período compreendido entre e a data da recepção da proposta e a data da formalização da recusa, quando houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio. Havendo a recusa do risco, a cobertura provisória cessará imediatamente.

16.4 Existência de Outros Seguros

O proponente deve declarar, expressamente, na proposta de adesão a existência de quaisquer outros seguros de vida existentes na data do início de vigência, bem como outros seguros pendentes de aceitação.

17 CANCELAMENTO

O contrato de seguro poderá ser rescindido:

- a) a qualquer tempo mediante acordo formal entre o estipulante com a concordância expressa e escrita dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado e a ALLIANZ SEGUROS.
- b) pelo atraso dos pagamentos dos prêmios, nos termos do item 20 destas condições gerais;
- c) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas condições gerais;
- d) quando o segurado e/ou beneficiários praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a seguradora.
- e) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 20.5.3, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;
- f) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação.

17.1 A extinção dos seguros individuais, além do disposto no item 17, se dará:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- b) quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou deixar de contribuir com a sua parte do prêmio;
- c) pela extinção da dívida ou do compromisso;
- d) com a ocorrência da morte ou o requerimento e conseqüente pagamento da invalidez total e permanente por acidente ou invalidez funcional permanente total por doença do segurado;
- g) automaticamente se o segurado, seus prepostos, dependentes ou Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro.
- h) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus dependentes, beneficiários ou prepostos;

17.2 Não tendo ocorrido o sinistro e na hipótese do pagamento do prêmio ter sido realizado à vista para toda a vigência do contrato, a seguradora deverá devolver parte do prêmio pago calculado à base “pró-rata temporis”, considerando a data da solicitação do cancelamento e o fim de vigência previsto no certificado individual.

17.3 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos

17.4 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - a Allianz poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

18 CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

18.1 Para cada Segurado será enviado um certificado individual, contendo os seguintes dados:

- a)** a data de início do seguro do Segurado;
- b)** os capitais Segurados por cobertura;
- c)** a forma de pagamento do prêmio;
- d)** a informação que o Segurado poderá designar ou substituir, por escrito, o 2º Beneficiário do seguro a qualquer tempo.

18.2 A cada período de vigência da apólice será emitido um novo certificado individual de seguro.

19 CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro pode ser:

- não contributivo: quando os Segurados não pagam o prêmio.
- contributivo: quando os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

20 PRÊMIO

20.1 A data limite para o pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice de seguro, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação e dos aditivos ou endosso dos quais resulte aumento de prêmio.

20.2 Quando a data limite vencer no dia em que não haja expediente bancário, o

pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

20.3 Caso o Segurado não receba o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá efetuar o pagamento do prêmio por meio de depósito na conta da Seguradora, ou mediante ordem de pagamento bancário com indicação do número da apólice de seguro, enviando o comprovante à Seguradora.

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

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

20.5.1 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;

20.5.2 Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

20.5.3 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365

40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

20.5.4 Para percentuais não previstos no **subitem 20.5.3**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

20.5.5 A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 20.5.3** acima.

20.5.6 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA/IBGE** (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

20.5.7 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 20.5.3** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

20.5.8 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a seguradora, poderá suspender sua vigência.

20.5.9 O disposto no **subitem 20.5** e seus subitens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

20.5.10 Tolerância para atraso no pagamento de prêmio:

20.5.10.1 No caso de não pagamento dos prêmios mensais, a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio acrescido de juros, atualização monetária e multa moratória, e, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao (s) beneficiário (s), dentro de 90 (noventa) dias a contar do vencimento da primeira parcela vencida e não paga.

20.5.10.2 NO CASO DE NÃO PAGAMENTO DE 3 (TRÊS) PARCELAS CONSECUTIVAS, OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, O

SEGURO FICARÁ AUTOMÁTICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, NÃO PODENDO MAIS SER RESTABELECIDO.

20.5.10.2.1. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ REQUISITOS DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO, DIPOSTO NO ITEM 15 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM NENHUM VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

20.5.10.3 Se o estipulante deixar de recolher à seguradora, prêmios recebidos, tal fato não dará direito ao cancelamento do seguro enquanto não for aplicado o disposto no subitem 20.5.10.1, destas condições gerais, e nem à suspensão de suas coberturas, ficando o estipulante sujeito às sanções penais, civis e administrativas que forem cabíveis.

20.5.10.4 A sociedade seguradora enviará correspondência ao segurado, comunicando a inadimplência no prazo de 10 (dez) dias, após o vencimento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no subitem 20.5.10.2 destas condições gerais

20.5.10.5 OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DE JUROS DE MORA DE 0,5% AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PELA VARIAÇÃO POSITIVA DO ÍNDICE IPCA/IBGE (ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS), CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.

20.6 Na modalidade de capital segurado variável de acordo com o saldo devedor, somente haverá possibilidade de pagamento de prêmios na periodicidade mensal.

21 REGIME FINANCEIRO

Não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

22 ATUALIZAÇÃO / RECÁLCULO DOS CAPITAIS SEGURADOS E DOS PRÊMIOS

22.1. Quando a contratação for feita com base no saldo inicial, os capitais segurados e os prêmios serão atualizados monetariamente anualmente, na data do aniversário da apólice, com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao

Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas) acumulada no período de 12 meses anteriores ao aniversário da apólice, ou, na falta deste, IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas).

22.2. Quando a contratação for feita com base no saldo devedor, os capitais segurados e os prêmios serão atualizados monetariamente mensalmente, com base no novo saldo devedor.

22.3. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

22.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados 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.

23 DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que contratado, haverá excedente técnico quando a diferença entre as receitas e despesas de um determinado período de apuração for positiva.

O período de apuração é composto por 12 meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da apólice.

Consideram-se como receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a)** Prêmios líquidos, efetivamente pagos, cujas faturas sejam referentes ao período de apuração;
- b)** Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

Consideram-se como despesas para os mesmos fins do subitem anterior:

- a)** As comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b)** As comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c)** As comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d)** O valor total dos sinistros ocorridos e avisados em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, uma só vez, os sinistros com pagamentos parcelados;
- e)** Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- f)** As despesas efetivas de administração da apólice pela Seguradora; e
- g)** O valor destinado à constituição da provisão de IBNR do período em apuração.

Os excedentes técnicos serão pagos na forma estabelecida no contrato da apólice.

23.1 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

22.1.1. As receitas e despesas serão corrigidas pela variação do IPCA/IBGE, desde:

- a)** O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b)** O aviso à seguradora para os sinistros;
- c)** A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores e despesas de administração da seguradora;
- d)** As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

23.1.2. O resultado técnico será apurado em reais e atualizado monetariamente, com base na variação do IPCA/IBGE, desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data de distribuição do excedente técnico.

23.2. Condições necessárias para distribuição do excedente

Somente será distribuído o excedente técnico quando, durante o período de apuração, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados.

23.3 Distribuição do excedente

A distribuição do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos;

23.3.1. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deverá ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

24 BENEFICIÁRIOS

24.1 Primeiro beneficiário

O primeiro Beneficiário será o Estipulante até o saldo devedor do compromisso ou dívida, respeitando o limite máximo do capital segurado.

24.2. Segundo beneficiário

Havendo saldo excedente entre o compromisso ou a dívida e o capital segurado, este será devido:

Em caso de falecimento aos Beneficiários indicado pelo Segurado na proposta de adesão. Na falta de indicação dos Beneficiários, a indenização será paga na forma estabelecida nos termos do artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o Beneficiário é o próprio Segurado.

24.2.1. O Segurado poderá livremente e a qualquer tempo, por escrito, indicar ou alterar os Beneficiários, ressalvadas as restrições legais e mediante protocolo na ALLIANZ SEGUROS.

25. INDENIZAÇÃO

25.1. Data do Evento

Considera-se como data do evento para fins de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros:

- a)** para a cobertura Morte: a data do falecimento;
- b)** para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: a data do acidente;
- c)** para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: a data que ocorreu a invalidez, conforme declaração médica;
- d)** para a cobertura de Perda de Renda:
 - **Profissionais registrados** – Desemprego Involuntário: a data da rescisão contratual do emprego; no caso de falência do empregador, considera-se a data da falência conforme a sentença declaratória da falência;
 - **Profissionais liberais** – a data do afastamento.

25.2. Perda da indenização

A ALLIANZ SEGUROS não pagará qualquer indenização com base no presente seguro quando haja, por parte do segurado seu representante, ou seu corretor de seguros declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio ou na hipótese de agravar intencionalmente o risco ficará prejudicado o direito a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido:

Se a inexatidão ou omissão da declaração não resultar má fé do segurado, a ALLIANZ SEGUROS poderá:

- a)** na hipótese de não ocorrência do sinistro
 - Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;
 - Mediante acordo entre as partes, permitir a quantidade de seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;
- b)** Na hipótese da ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido ou;
 - 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.

c) Na hipótese da ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

25.2.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a ALLIANZ SEGUROS isenta de quaisquer responsabilidades.

25.3. Junta médica

As divergências médicas deverão ser dirimidas por uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela ALLIANZ SEGUROS, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro desempataador serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela ALLIANZ SEGUROS.

25.3.1 A seguradora deverá comunicar ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a necessidade da constituição de junta médica.

25.4. Atualização da indenização

Decorrido o prazo de pagamento da indenização previsto no **subitem 25.6**, o Capital Segurado será atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), ou na falta deste IPC/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), “pró-rata dia”, a partir da data do sinistro.

25.5. Juros de mora

25.5.1. Na hipótese de não cumprimento pela Allianz Seguros do prazo contratualmente previsto para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, os valores sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano e **juros de mora no importe de 0,5% (meio por cento)** ao mês.

25.5.2. Os juros moratórios, de 6% (seis por cento) ao ano, serão calculados, em base *pró rata die*, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento.

25.5.3. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

25.5.4. Os pagamentos de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios ocorrerão independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25.6. Prazo de pagamento da indenização

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens **25.1 a 25.6.1**, para cada cobertura reclamada e estando caracterizado o sinistro para a cobertura do seguro, a Allianz Seguros providenciará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos.

25.7. Forma de pagamento da Indenização

O pagamento da indenização será efetuado conforme segue:

- a) para a cobertura Morte: parcela única;
- b) para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: parcela única;
- c) para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: parcela única;
- d) para a cobertura de Perda de Renda: conforme estabelecido no item 4.4.1.
- e) para a cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária: conforme estabelecido no item 4.4.2.5

26 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do evento deverá ser comunicada imediatamente a ALLIANZ SEGUROS, por fax, telegrama, carta, e-mail ou qualquer outro meio disponível no momento.

Em seguida, deverão ser entregues **cópias autenticadas** da documentação relacionada adiante, junto com o formulário '**Aviso de Sinistro**' totalmente preenchido e assinado pelo segurado, seu representante ou beneficiários. **Estes documentos são imprescindíveis à análise do sinistro.**

26.1. Para a cobertura básica (Morte):

- a)** Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do segurado;
- b)** Certidão de óbito;
- c)** Laudo de exame cadavérico, no caso de causa mortis não determinada na certidão de óbito;
- d)** Contrato do compromisso ou dívida;
- e)** Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;
- f)** Boletim de ocorrência policial (BO), se for o caso.
- g)** Comprovante atual de residência dos beneficiários

- h)** Autorização para crédito em conta corrente dos beneficiários
- i)** Documentação dos beneficiários:
 - Cônjuge: certidão de casamento, cédula de identidade e CPF;
 - Companheira (o): comprovação de que o beneficiário vivia com o Segurado em situação de união estável, cédula de identidade e CPF;
 - Filhos: certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF;
 - Pais: certidão de casamento, cédula de identidade e CPF;
 - Irmãos: certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF;

26.2. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total por acidente:

- a)** Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do segurado;
- b)** Boletim de ocorrência policial (BO) ou comunicação de acidente do trabalho - INSS (CAT), se for o caso;
- c)** Laudo de exame de corpo de delito (IML);
- d)** Laudo de dosagem alcoólica e toxicológica;
- e)** Carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f)** Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, o grau definitivo de invalidez e se o segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro, anexando resultados de exames e radiografias realizados pelo segurado;
- g)** Contrato do compromisso ou dívida;
- h)** Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência.
- i)** Comprovante atual de residência dos beneficiários
- j)** Autorização para crédito em conta corrente dos beneficiários

26.3. Em caso de Invalidez funcional total e permanente por doença:

- a)** Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do segurado;
- b)** Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e quais as possibilidades de recuperação, o grau definitivo da invalidez e a data de sua caracterização, anexando os resultados de exames recentes comprobatórios da doença;
- c)** Contrato do compromisso ou dívida;
- d)** Comprovante atual de residência dos beneficiários
- e)** Autorização para crédito em conta corrente dos beneficiários
- f)** Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência.

26.4 Em caso de perda de renda

2.6.4.1. Profissionais registrados: desemprego involuntário / falência do empregador

- a) Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do segurado;
- b) Carteira profissional de trabalho desde a página que consta a foto do segurado, seus dados pessoais e o último registro da empresa que trabalhou;
- c) Rescisão do contrato de trabalho homologada;
- d) Registro de empregado;
- e) Contrato do compromisso ou dívida;
- f) Prestações relativas ao período de desemprego;
- g) Comprovante atual de residência dos beneficiários;
- h) Autorização para crédito em conta corrente dos beneficiários;
- i) Sentença declaratória de falência do empregador se for o caso;

26.4.2. Incapacidade Física Total e Temporária

- a) Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do segurado;
- b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente com firma reconhecida, detalhando a natureza do acidente ou doença e a data de sua caracterização, anexando os resultados de exames realizados comprobatórios do acidente ou doença realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples.
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou; Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.
- d) Boletim de ocorrência policial (BO) ou comunicação de acidente do trabalho - INSS (CAT) se for o caso;
- e) Laudo de exame de corpo de delito (IML) se for o caso;
- f) Laudo de dosagem alcoólica e toxicológica se for o caso;
- g) Carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) Todos os resultados dos exames comprobatórios da doença ou do acidente, relatório do médico assistente descrevendo o diagnóstico e a estimativa do número de dias de afastamento;
- i) Contrato do compromisso ou dívida;
- j) Prestações relativas ao período da incapacidade temporária.
- k) Comprovante atual de residência dos beneficiários;
- l) Autorização para crédito em conta corrente dos beneficiários

26.5. Em complemento aos documentos relacionados nos subitens 26.1 à 26.4.2, tanto para o segurado, quanto para o beneficiário, é necessário apresentar:

- a) Sendo o beneficiário e/ou segurado estrangeiro, apresentar cópia do Registro Nacional de estrangeiro – RNE.
- b) Comprovante de profissão e/ou atividade profissional.

26.5.1. Em caso de beneficiário pessoa jurídica:

- a) Apresentar cópia cartão do CNPJ, contrato social e ou atos constitutivos.
- b) Apresentar cópia de RG e CPF de procuradores e/ou controladores da empresa beneficiária constituídos em contrato social e/ou ato constitutivo.
- c) Cópia da conta telefônica em nome da empresa segurada e/ou beneficiária

Importante:

A ALLIANZ SEGUROS poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Neste caso, o prazo mencionado no **subitem 25.6** das Condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela ALLIANZ SEGUROS destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

26.6 A solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização, poderá ocorrer apenas em caso de dúvida fundada e justificável.

27 PERÍCIA MÉDICA

Não obstante a entrega da documentação descrita nos itens acima, a ALLIANZ SEGUROS reserva-se o direito de efetuar perícia a ser realizada pelo seu departamento médico, a qual não poderá prejudicar o prazo para pagamento da indenização.

28 PRAZO PRESCRICIONAL

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

29 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com a supervisão e a autorização expressa da ALLIANZ SEGUROS, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro. A ALLIANZ SEGUROS será responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações realizadas.

30 RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

A ALLIANZ SEGUROS nos termos do artigo 800 do Código Civil Brasileiro, não poderá promover ação de ressarcimento contra terceiros responsáveis por danos sofridos pelo segurado e/ou beneficiário.

31 FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro será sempre o de domicílio do segurado, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que possa sê-lo.

32 PRIVACIDADE DE DADOS PESSOAIS

A Allianz realiza o tratamento de seus dados pessoais observando a legislação vigente, termos e condições previstos em sua Política de Privacidade de Dados (disponível no site allianz.com.br), bem como adota medidas de segurança aptas a proteger os seus dados pessoais de acessos não autorizados e qualquer forma de tratamento ilícito ou inadequado.