

Condições Gerais

# Allianz Prestamista

Abril/2023

## ÍNDICE

1	OBJETIVO DO SEGURO	3
2	DEFINIÇÕES	3
3	COBERTURAS	10
4	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	10
5	RISCOS EXCLUÍDOS	17
6	CARÊNCIA	19
7	CAPITAL SEGURADO	20
8	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	20
9	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	20
10	CONTRATAÇÃO	22
11	ALTERAÇÃO DO CONTRATO	22
12	VIGÊNCIA DA APÓLICE	22
13	RENOVAÇÃO	22
14	VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	23
15	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	23
16	ALTERAÇÕES DO RISCO	24
17	NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	24
18	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	24
19	CANCELAMENTO	25
20	CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO	26
21	CUSTEIO DO SEGURO	27
22	PRÊMIO	27
23	ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E DOS PRÊMIOS	30
24	DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	30
25	BENEFICIÁRIOS	31
26	INDENIZAÇÃO	32
27	PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	34
28	PERÍCIA MÉDICA	38
29	PRAZO PRESCRICIONAL	38
30	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	38
31	RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS	38
32	FORO	38
33	DISPOSIÇÕES FINAIS	38
34	CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	39



## CONDIÇÕES GERAIS – ALLIANZ PRESTAMISTA

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir ao Segurado ou a seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas Coberturas constantes no clausulado abaixo e desde que contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

### 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 independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, a incapacidade temporária 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) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou da influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e,
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada 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 consequentes 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 consequências 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. Aditivo ou endosso**

É o documento expedido pela Seguradora durante a vigência da apólice, por meio da qual Seguradora e Segurado acordam alteração de dados, modificam condições ou objeto da apólice. Após a sua emissão passa a ser parte integrante da apólice.

## **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. Alienação Mental**

Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

## **2.5. Apólice de seguro**

É o Contrato de Seguro firmado entre Estipulante e Seguradora e emitido pela Seguradora que discrimina o bem ou interesse Segurado, suas coberturas e garantias contratadas. Os direitos e deveres das partes contratantes constam no Manual do Segurado, este que é parte integrante da apólice.

## **2.6. Beneficiários**

São pessoas físicas ou jurídicas que, na hipótese da morte do segurado, desde que devidamente coberta, recebem o valor do capital segurado. Nas demais coberturas que não envolvam a morte do segurado, o beneficiário será o próprio segurado principal.

1º Beneficiário: Será o Credor até o valor do saldo devedor.

2º Beneficiário: Se houver saldo remanescente, será pago às pessoas designadas pelo segurado principal. Não havendo indicação, a indenização será paga na forma estabelecida nos termos do artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

## **2.7. 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 na proposta de adesão.

## **2.8. Carência**

É o período de tempo ininterrupto, contado da data de início de vigência individual do seguro, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o segurado ou os beneficiários permanecem 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 algumas delas.

## **2.9. Carregamento**

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

## **2.10. 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.

## **2.11. Coberturas de risco**

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

## **2.12. Condições contratuais**

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

## **2.13. Condições gerais**

É o instrumento jurídico que disciplina direitos e obrigações das partes contratantes e características gerais do seguro e comuns a todas as coberturas da Apólice de seguro.

## **2.14. 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.

## **2.15. Corretor**

**Corretor de Seguros:** Intermediário – Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na SUSEP e legalmente autorizado a representar os Segurados, angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Na forma do Decreto Lei nº 73/66 e da Lei 4.594/64, o corretor é o

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66  
Processo Susep 15414.002832/2007-51

Pág. 6  
versão abril/2023

representante do segurado, sendo responsável pela orientação acerca das coberturas, direitos e obrigações constantes no Contrato de Seguro.

#### **2.16. Credor**

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

#### **2.17. 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.

#### **2.18. Deambular**

Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

#### **2.19. Declaração Médica**

Documento elaborado na forma de relatório ou similar onde o médico do Segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

#### **2.20. Devedor**

Aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

#### **2.21. Doença do Trabalho**

Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

#### **2.22. Doença em Estágio Terminal**

Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

#### **2.23. Doença Profissional**

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

#### **2.24. Doenças e lesões preexistentes.**

São os sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo segurado antes da contratação do seguro e **que seja de seu prévio conhecimento** e não declarados na proposta de contratação do seguro.

#### **2.25. Dolo**

ALLIANZ SEGUROS S.A. – Código 517-7 – CNPJ 61.573.796/0001-66  
Processo Susep 15414.002832/2007-51

Pág. 7  
versão abril/2023

É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido quer físico ou financeiro em proveito próprio ou alheio.

### **2.26. Estipulante ou sub estipulante**

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor e das disposições contratualmente estabelecidas, **podendo assumir o papel de credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.**

### **2.27. Evento coberto**

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, e ocorrido com o Segurado durante a vigência da apólice e não excluído das Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de, observado os limites e condições da apólice, acarretar obrigações pecuniárias à Allianz Seguros a favor do segurado ou de seus Beneficiários.

### **2.28. Excedente Técnico**

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

### **2.29. Franquia**

É o valor do capital segurado pelo qual o segurado assume a responsabilidade como segurador de si mesmo; uma quantia definida na apólice que, em caso de sinistro coberto, representa a parte do prejuízo apurado que deixará de ser pago pela Seguradora.

### **2.30. Garantias**

São as obrigações que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Gerais.

### **2.31. Grupo segurado**

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

### **2.32. 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 no contrato.

### **2.33. Indenização**

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



#### **2.34. Médico**

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do Segurado. **Não será aceito como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

#### **2.35. Nota técnica atuarial**

Documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

#### **2.36. Obrigação**

**É produto, serviços 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.**

#### **2.37. Plano de coberturas**

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

#### **2.38. Prêmio**

É a importância paga pelo Segurado ou estipulante/proponente à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

#### **2.40. Prescrição**

Prazo máximo, previsto em lei, que o Segurado ou os Beneficiários possuem para requerer a pretensão de seus direitos junto a Seguradora, sob pena de perda do direito da indenização.

#### **2.41. Proponente**

Pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro e que para tanto preenche e assina a Proposta de Seguro.

#### **2.42. 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.

#### **2.43. 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.

#### **2.44. Seguradora**

Pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil como tal e que, mediante recebimento do Prêmio, se obriga a garantir interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou coisa, contra riscos predeterminados.

#### **2.45. Segurados**

São as **peças físicas ou jurídicas (prestamistas)**, as quais se procederá a avaliação do risco, 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 no contrato.**

- 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.

#### **2.46. Sinistro**

Ocorrência de um acontecimento súbito, imprevisto e involuntário que cause prejuízo ao Segurado e passível de cobertura e indenização desde que previsto no contrato de seguro.

#### **2.47. Vigência**

Período de validade da Cobertura da Apólice, compreendido entre a data de início e a data de término, ambas indicadas na Especificação da Apólice.

### 3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais:

Cobertura Básica:

- **Morte**

Coberturas Adicionais:

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

I – Profissionais registrados (CLT): Desemprego involuntário / falência do empregador

II – Profissionais Liberais Regulamentados: Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária

3.2. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais as coberturas que pretende contratar a favor dos Segurados, sendo a Básica obrigatória e as demais facultativas.

### 4. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

#### 4.1. Cobertura Básica: Morte – (Natural ou Acidental)

Garante aos Beneficiários o pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura, em caso de falecimento do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

4.1.1 Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

#### 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, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

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.**

**4.2.7. Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**

### **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 de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**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, comprovada na forma definida nestas condições gerais e no contrato.

**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 peritoneal 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).**

**4.3.5.** Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

#### **4.4. PR – Perda de Renda**

##### **I - Profissionais registrados (CLT): desemprego involuntário/falência de empregador**

**4.4.1.** Desde que contratada, garante **ao beneficiário** o pagamento consecutivo de até 6 (seis) prestações mensais de acordo com o número de parcelas ou valor constante em apólice, 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, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**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 comprovado 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 até 90 (noventa) dias contados do início de vigência individual, conforme contratado e constante em certificado individual.

**4.4.1.5.** Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

##### **II - Profissionais Liberais Regulamentados: Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária**

**4.4.2.** 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, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**4.4.2.1.** 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.

**4.4.2.2.** 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.

**4.4.2.3.** 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 27.5.2**, 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

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

<b>Período de Afastamento</b>	<b>Quantidade de Parcelas garantidas pelo seguro</b>
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

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

**4.4.2.6. Carência**

Nesta cobertura há uma carência por um período de até 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.

#### **4.4.2.7. 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 até 180 (cento e oitenta) diárias por evento, conforme certificado Individual.

#### **4.4.2.8. Forma de pagamento da indenização**

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.

**4.4.2.8.1.** 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 até 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.

**4.4.2.8.2.** 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.

**4.4.2.8.3.** 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.

**4.4.2.8.4.** 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.

**4.4.2.8.5. 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.**



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

**4.4.2.8.7.** 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.

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

**4.4.2.8.9.** 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.

**4.4.2.8.10.** 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.

**4.4.2.8.11.** 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.

**4.4.2.8.12.** Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

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

- a) Gravidez e suas consequências;**
- b) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;**
- c) Hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;**
- d) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;**
- e) Cirurgias plásticas estéticas ou embelezadoras e suas consequências;**
- f) Tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;**
- g) Hospitalização para check-up;**
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- i) Todas as doenças ou transtornos mentais;**
- j) Síndrome do Pânico;**

- k) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- l) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras salvo os em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- m) Cirurgias para esterilização;
- n) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- o) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- p) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- q) As doenças de características reconhecidamente progressivas, com fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- r) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
- s) 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;
- t) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- u) 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, armas atômicas, armas biológicas, armas químicas e substâncias e/ou agentes biológicos e químicos;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, tumulto, 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 sem a devida habilitação legal;
- h) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- i) 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 consequências 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 (CLT): 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. 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.**

## **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 até 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, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos.

**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

7.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato, podendo ser:

- a) **Capital segurado Fixo:** constante durante toda a vigência do contrato de seguro e limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso.
- b) **Capital segurado Vinculado (saldo devedor):** igual ao estado atual da dívida ou do compromisso, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste
- c) **Capital segurado Variável:** o capital segurado está atrelado a obrigação cujo o 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.

## 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 no contrato.

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

## 8. ÂMBITO GEOGRÁFICO 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;

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. **9.2.** Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios a ALLIANZ SEGUROS nos prazos contratualmente estabelecidos não acarreta a suspensão da cobertura ou qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos e sujeita o estipulante ou sub-estipulante às cominações legais.

### **9.3. 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 e a ele 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;
- b)** alterar as condições gerais 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.

**9.4** Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o conseqüente repasse em favor da sociedade seguradora.

## 10. CONTRATAÇÃO

**10.1.** A contratação deverá ser efetivada por meio de preenchimento de proposta de contratação e, nos planos coletivos, a adesão à apólice pelos proponentes deverá ser precedida do preenchimento de proposta de adesão, nas formas previstas na regulamentação em vigor.

**10.2.** A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

**10.3.** Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

## 11. ALTERAÇÃO DO CONTRATO

A alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, observado o disposto nos itens 13 e 15.2 destas condições gerais.

## 12. VIGÊNCIA DA APÓLICE

**12.1.** 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.**

**12.2.** A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no contrato.

## 13. RENOVAÇÃO

A renovação automática prevista no subitem 12.1 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, para as apólices contributárias e parcialmente contributárias.

**13.1** No caso de não renovação da apólice coletiva, deverá ser observado que:

- a) na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato coletivo deverão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante

e pela sociedade seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos; e

- b) é expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida de que trata o inciso “a” deste item.

#### **14. VIGÊNCIA DO CERTIFICADO INDIVIDUAL**

**14.1.** As propostas de adesão recepcionadas 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 no contrato.

**14.2.** As propostas de adesão recepcionadas 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.

**14.3.** 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.

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

I – Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente.

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

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

#### **15. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA**

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

**15.2.** 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.

**15.3.** 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.



## **16. ALTERAÇÕES DO RISCO**

**16.1.** 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.

**16.2.** 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.

## **17. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO**

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

**17.1.1.** O número mínimo de segurados para a implantação e manutenção do seguro será fixado, em cada caso, no contrato.

**17.1.2.** 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 17.1 acima, o seguro não será renovado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

## **18. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS**

**18.1.** 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.

**18.1.1.** A aceitação do seguro está sujeita à análise de risco.

**18.2.** O limite de idade será definido no contrato deste seguro.

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

**18.3.1.** 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.

**18.3.2.** 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.

**18.3.3** 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.

**18.3.4** O Proponente terá cobertura provisória no período que compreende 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.

#### **18.4. 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.

### **19. CANCELAMENTO**

#### **19.1. O contrato de seguro poderá ser rescindido:**

- a) a qualquer tempo mediante acordo formal entre o estipulante, caso o pagamento do prêmio seja contributivo ou parcialmente contributivo, 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 22 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 22.8.3, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;
- f) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação.

**19.2. A extinção dos seguros individuais, além do disposto no item 19.1, 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 consequente 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;

**19.3. 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.**

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

**19.5. No caso de rescisão 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 rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

## **20. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

**20.1. 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.

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

## **21. 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.

## **22. PRÊMIO**

**22.1.** 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.

**22.2.** 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.

**22.3.** 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.

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

**22.5.** Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

**22.5.1.** Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento;

**22.5.2** 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.

**22.5.3.** 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

**22.5.4.** Para percentuais não previstos no **subitem 22.5.3**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

**22.5.5.** A Seguradora deverá informar ao Segurado por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **subitem 22.5.3** acima.

**22.5.6.** 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.

**22.5.7.** Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **subitem 22.5.3** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a seguradora, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

**22.5.8.** 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.

**22.6.** O disposto no **subitem 22.5** e seus subitens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

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

### **22.8. Suspensão e Reabilitação as Coberturas:**

**22.8.1.** No caso de não pagamento de prêmios mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais, semestrais ou anuais, o seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento das parcelas limitado a 90 (noventa) dias da primeira parcela vencida e não paga.

**22.8.2** Durante o período de inadimplência, 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).

**22.10. No caso de não pagamento de 3 (três) parcelas consecutivas, ou da primeira parcela do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, não podendo mais ser restabelecido.**

**22.11.** O seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, na eventualidade da falta de quitação de qualquer parcela por prazo igual ou superior a 90 (sessenta) dias, não podendo ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os prêmios requisitos da aceitação, disposto no **item 18** destas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

**22.12.** 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 **22.10** destas condições gerais

**22.13. 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.**

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

## **23. ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS E DOS PRÊMIOS**

**23.1. Quando a contratação for feita com o capital fixo,** 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).

**23.2. Quando a contratação for feita com o capital segurado vinculado (saldo devedor) ou capital segurado variável,** os capitais segurados e os prêmios serão atualizados monetariamente mensalmente, com base no novo saldo devedor.

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

**23.4.** 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.

## **24. 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.

## **24.1. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**

**24.1.1.** 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.

**24.1.2.** 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.

#### **24.2. 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

#### **24.3. 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;

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

### **25. BENEFICIÁRIOS**

#### **25.1. Primeiro beneficiário**

O Credor será sempre o primeiro beneficiário até o saldo devedor do compromisso ou dívida, respeitando o limite máximo do capital segurado contratado.

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

#### **25.2. Segundo beneficiário**

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

I - Em caso de falecimento do segurado : 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.

II - Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Perda de Renda : o Beneficiário é o próprio Segurado.

#### **25.3. Indicação / Alteração de Beneficiários**

O Segurado poderá livremente e a qualquer tempo, mediante manifestação por escrito, indicar ou alterar os Beneficiários, **sendo que o primeiro Beneficiário será sempre o Credor**, ressalvadas as restrições legais e mediante protocolo na ALLIANZ SEGUROS.



Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

**25.4** Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas

## **26. INDENIZAÇÃO**

### **26.1. 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.

### **26.2. 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.

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

### **26.3. 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 desempatador serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela ALLIANZ SEGUROS.

**26.3.1** 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.

### **26.4. Atualização da indenização**

Decorrido o prazo de pagamento da indenização previsto no **subitem 26.6**, 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.

### **26.5. Juros de mora**

**26.5.1.** 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.

**26.5.2.** 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.

**26.5.3.** 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.

**26.5.4.** 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.

## **26.6. Prazo de pagamento da indenização**

Após a entrega de toda a documentação básica relacionada nos subitens **27.1 a 27.5.2**, 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.

**2.6.1** Na hipótese de recusa do pagamento da indenização, o segurado ou beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, em até 30 dias da entrega de toda documentação para avaliação do sinistro.

## **26.7. 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 Afastamento Profissional: conforme estabelecido no item 4.4.2.4

## **27. 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.**

### **27.1. Para a cobertura básica (Morte):**

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia de comprovante de vínculo empregatício.
- d) Cópia da carteira profissional.
- e) Cópia da certidão de óbito.
- f) Cópia do CPF e do RG.
- g) Cópia do holerite relativo do mês da ocorrência.
- h) Contrato do compromisso ou dívida.

- i) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência.
- k) Cópias dos exames médicos realizados que determinaram a causa do falecimento (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- l) Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida.

**Documentos dos Beneficiários:**

Declaração de únicos herdeiros, assinado com firma reconhecida por todos os herdeiros.

**Esposa:** Cópia atualizada da certidão de casamento, CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização para crédito em conta.

**Filhos:** Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

**Irmãos:** Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

**Pais:** Cópias do CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização de crédito em conta.

**Companheira:** Cópia da carta de concessão de pensão ou documentos de comprovação legal, CPF, RG, comprovante de residência e original da autorização para crédito em conta.

**27.2. Em caso de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos referidos no subitem 27.1, providenciar:**

- a) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- b) Cópia do laudo de exame cadavérico.
- c) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- d) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.

**27.3. Em caso de ocorrência de invalidez permanente total por acidente: (IPTA)**

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia da carteira de habilitação para os casos de acidente de trânsito, quando o Segurado for o condutor do veículo no acidente.
- d) Cópia do CPF e do RG.
- e) Cópias do boletim de ocorrência policial.
- f) Cópias do laudo de exame de corpo de delito e/ou laudo de dosagem alcoólica caso o segurado estivesse dirigindo o veículo.
- g) Contrato do compromisso ou dívida.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência

- i) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.).
- j) Original da autorização para crédito em conta.
- l) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

#### **27.4. Em caso de Invalidez funcional total e permanente por doença (IFPD):**

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia do CPF e do RG.
- d) Contrato do compromisso ou dívida.
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência.
- f) Cópia dos exames médicos realizados que determinaram a Invalidez por Doença (Laudos: radiografias, ressonância magnética, eletrocardiograma, etc.)
- g) Original da autorização para crédito em conta.
- h) Relatório do Médico Assistente devidamente preenchido e assinado, com carimbo do CRM e firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão, grau definitivo de invalidez e se encontra em tratamento.

#### **27.5. Em caso de perda de renda**

##### **27.5.1. Profissionais registrados (CLT): desemprego involuntário / falência do empregador**

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.
- b) Cópia de comprovante de residência.
- c) Cópia do CPF e do RG.
- d) Contrato do compromisso ou dívida.
- e) Prestações relativas ao período de desemprego.
- f) Carteira profissional de trabalho desde a página que consta a foto do segurado, seus dados pessoais e o último registro da empresa que trabalhou.
- g) Rescisão do contrato de trabalho homologada.
- h) Registro de empregado.
- i) Comprovante de residência dos beneficiários.
- j) Autorização para crédito em conta corrente dos beneficiários.
- k) Sentença declaratória de falência do empregador, se for o caso.

##### **27.5.2. Profissionais Liberais Regulamentados : Perda de Renda por 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

**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 26.6** das Condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela ALLIANZ SEGUROS destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

**27.6** 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.

## **28. 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.

### **29. PRAZO PRESCRICIONAL**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

### **30. 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.

### **31. 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.

### **32. 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.

### **33. DISPOSIÇÕES FINAIS**

**33.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco

**33.2.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;.

**33.3.** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

**33.4.** Este seguro é por prazo determinado tendo a Allianz Seguros a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

### **34. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES**

Não obstante as demais condições desta apólice, a seguradora e/ou a resseguradora não fornecerá cobertura, não fará quaisquer tipos de pagamentos e/ou reembolso e não prestará qualquer serviço ou benefício ao segurado ou a qualquer terceiro ou beneficiário que violar ou incorrer em qualquer lei, regulamento ou imposição aplicável de embargos e sanções comerciais ou econômicas e expor a seguradora e/ou resseguradora, seu grupo

econômico e administradores à qualquer tipo de ação punitiva, embargo, sanção, proibição ou restrição, incluindo mas não se limitando, àquelas impostas por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, pelas Nações Unidas, ou por algum governo/país/federação, tais como os Estados Unidos da América, o Reino Unido, a União Europeia e o Brasil ou ainda a qualquer outra lei, regulamento ou imposição referente a embargo e sanção econômica ou comercial aplicável à jurisdição que a seguradora e/ou resseguradora estejam sujeitas.