

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO PRESTAMISTA AKAD
Processo SUSEP 15414.646777/2024-14

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
3. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	3
4. GARANTIAS DO SEGURO	6
5. EXCLUSÕES GERAIS	6
6. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS	7
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	7
8. CARÊNCIAS	7
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	8
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	9
11. INCLUSÃO DE SEGURADOS	10
12. CAPITAL SEGURADO	10
13. ALTERAÇÃO CONTRATUAL	11
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO	11
15. CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL	12
16. REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO	13
17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	13
18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	14
19. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	14
20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO	15
21. BENEFICIÁRIOS	17
22. MODIFICAÇÃO DE RISCO	18
23. ESTIPULANTE	18
24. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE	19
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
26. PRESCRIÇÃO	19
27. TRIBUTOS	19
28. FORO	19
29. CONDIÇÕES ESPECIAIS	19
MORTE POR CAUSAS NATURAIS OU ACIDENTAIS	19
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	20
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA	21
PERDA DE RENDA – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	23
PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA	24
PERDA, ROUBO OU SUBTRAÇÃO DE CARTÃO (MEDIANTE ARROMBAMENTO)	27
AUXÍLIO FUNERAL	28
CLÁUSULA PARTICULAR PAGAMENTO DE PRÊMIO	28
30. CENTRAL DE RELACIONAMENTO	29
ANEXOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)	30

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

Este contrato de seguro está subdividido em três partes assim denominadas: Condições Gerais, Condições Especiais e Contrato, as quais, em conjunto, recebem o nome de Condições Contratuais.

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades da apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Condições Especiais são as disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Cláusulas Particulares são as disposições que alteram de alguma forma as Condições Gerais e/ou Especiais, variando tais alterações de acordo com cada Segurado, sua função é estipular, nos contratos de seguro, disposições muito específicas, aplicáveis, em geral, apenas a certos Segurados.

Contrato - Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.

SEGURO PRESTAMISTA AKAD

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado estando à apólice e as respectivas coberturas em vigor na data de ocorrência do evento, exceto se decorrente de riscos excluídos, e desde que respeitadas às demais cláusulas das Condições Gerais.

2. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

De acordo com as condições constantes da proposta de seguro, o Segurado declara estar ciente e expressamente autoriza a inclusão de todos os dados e informações relacionadas ao presente seguro, assim como, de todos os eventuais sinistros e ocorrências referentes ao mesmo, em banco de dados; onde a Seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros.

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

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

A contratação do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

3. GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Este glossário é composto de palavras e expressões comumente usadas pelo mercado segurador, e por vezes desconhecidas pelo grande público consumidor de seguros.

Tem por objetivo elucidar as dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais, Coberturas Básicas, Adicionais e Cláusulas Específicas que regem este contrato de seguro.

Acidente Pessoal – É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

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

Beneficiário – É o Credor da obrigação garantida pelo seguro, o qual receberá a indenização até o valor do saldo devedor da dívida do Devedor para com ele, limitado ao Capital Segurado contratado, eventual saldo remanescente

serão pagos ao segundo beneficiário conforme estabelecido na Cláusula Beneficiário, destas condições gerais.

Capital Segurado – valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

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

Certificado Individual – documento destinado ao Segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou Prêmio.

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

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

Condições Especiais – São as condições que especificam cada uma das diferentes modalidades de cobertura que existem dentro deste seguro.

Condições Gerais – É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Sociedade Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

Consignante – pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Sociedade Seguradora, correspondentes aos Prêmios devidos pelos segurados.

Contrato de Seguro – É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários.

Credor – Aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

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

Doenças e Lesões Pré-Existentes e suas Consequências – É toda doença ou lesão inclusive a congênita, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da adesão ao Contrato de Seguro e não declarada na proposta de contratação do seguro ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

Estipulante – É a pessoa natural ou jurídica que contrata a Apólice Coletiva de Seguros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Sociedade Seguradora.

Evento Coberto – É o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, passível de ser indenizado pelas Garantias cobertas no Contrato de Seguro, desde que ocorrido durante a vigência do Seguro e que não esteja excluído por estas Condições Gerais.

Formulário de Aviso de Sinistro – É o Documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora.

Franquia – É o valor inicial do capital segurado, ou período durante o qual o Segurado fica responsável como segurador de si próprio; ou seja, o Segurado só fará jus a reembolsos dos valores que excederem ao determinado para a franquia estipulada por evento, ou após o período estabelecido como franquia, conforme previsto no contrato de seguro.

Garantias – São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto.

Grupo Segurado – É a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável – É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas (Componentes Principais e Componentes Dependentes) vinculadas ao Estipulante que podem aderir ao Contrato de Seguro.

Indenização – É o valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) designado(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto no Contrato de Seguro, limitado ao valor do capital da respectiva cobertura contratada.

Índice de Aceitação e Manutenção – É a relação entre o número de Segurados incluídos na Apólice Coletiva de Seguro e o número de Componentes do Grupo Segurável, expresso em percentagem, sendo estabelecido pela Seguradora, para cada Grupo Segurado e constante no Contrato do Seguro.

Início de Vigência – É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

Invalidez Permanente por Acidente – É a invalidez definitiva caracterizada pela perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, atestada por profissional legalmente habilitado, causada por Acidente Pessoal coberto.

Médico Assistente – É o profissional legalmente habilitado e licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus Dependentes, Parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados e licenciados a exercer a prática da medicina.

Migração de apólices – É a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

Nota Técnica Atuarial – documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.

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

Período de Cobertura – É o período durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos benefícios do plano de Seguro contratado, desde que respeitadas as Condições previstas.

Prazo de Carência – período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Prêmio – É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Proponente – o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão – É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

Reabilitação do Seguro – É o restabelecimento das Coberturas contratadas em função do pagamento do(s) Prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

Reintegração do Capital Segurado – É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um Sinistro coberto pelo Contrato de Seguro.

Riscos Excluídos – São os eventos pré-estabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado – pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora – É a Sociedade Seguradora, pessoa jurídica devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Sinistro – a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Vigência do Contrato de Seguro – É o período no qual a Apólice de Seguro estará em vigor.

Vigência da Cobertura Individual – É o período em que o Segurado está coberto pelas Garantias contratadas na Apólice de Seguro.

4. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições contratuais, que fazem parte integrante e inseparável deste seguro.

A seguir apresentamos as coberturas passíveis de contratação, sendo de contratação obrigatória a cobertura de Morte por Causas Naturais ou Acidentais, podendo as demais coberturas serem contratadas de forma facultativa:.

Garantia Básica oferecida neste plano de seguro:

- a) Morte por Causas Naturais ou Acidentais

São as seguintes as Garantias Adicionais oferecidas neste plano de seguro:

- a) Invalidez Permanente por Acidente – IPTA
- b) Invalidez Funcional Permanente por Doença – IFPD
- c) Perda de Renda – Desemprego Involuntário – PR/DI
- d) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária – PR/IFTT
- e) Perda, Roubo ou Subtração de Cartão (Mediante Arrombamento)
- f) Auxílio Funeral

As garantias adicionais somente podem ser concedidas para a totalidade do grupo de Segurados.

As Garantias Adicionais contratadas serão as indicadas na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, de acordo com a respectiva Condição Especial.

Para contratação das Garantias Adicionais, será imprescindível contratar a Garantia Básica deste plano de seguro.

5. EXCLUSÕES GERAIS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, quaisquer eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, atentados à ordem pública, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou**

outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

- c) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica;**
- d) **Doenças, ou lesões, ou invalidez, ou enfermidades pré-existentes a data de início de vigência do Risco Individual, ou sequelas delas provenientes e que apesar de conhecidas pelo Segurado, não foram declaradas na Proposta de Adesão, nos casos em que este é exigido, ou informadas quando de sua inclusão no Seguro.**
- e) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) **Lesões intencionalmente auto infligidas, independente da sanidade mental do Segurado;**
- h) **Intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- i) **lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo**
- j) **Suicídio do Segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.**

6.EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

7.ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

Para as garantias de Perda de Renda – DI e IFTT e Perda, Roubo ou Subtração de Cartão (mediante arrombamento) estão cobertos apenas os eventos ocorridos no território brasileiro

8.CARÊNCIAS

Quando prevista na respectiva Condição Especial, o período de carência será contado a partir do início de vigência da Cobertura Individual de cada Segurado ou da sua recondução depois de suspenso, sendo estabelecido este prazo, no Contrato.

Não haverá carência, exceto no caso de SUICÍDIO que deverá ser observado o período de carência de 2 (dois) anos ininterruptos; para as Garantias de Morte Acidental e de Invalidez Permanente por Acidente, desde que essas tenham sido contratadas.

Caso o Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência, para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

9.CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

Este Plano de Seguro foi desenvolvido para ser contratado por grupo de prestamistas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais e, salvo estipulação expressa em contrário, este Seguro aceitará pessoas físicas nas seguintes condições:

- Com vínculo de dívida financeira junto ao Estipulante;
- Com idade dentro dos limites estabelecidos pela Akad Seguros para aceitação do Grupo Segurável, na data de início de vigência da cobertura individual do Segurado;
- Em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço.

Este seguro prestamista poderá ser contratado para Obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à Obrigação em caso de Evento Coberto.

No caso de contratações para Obrigações assumidas por pessoa jurídica o seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários.

A aceitação da Proposta do seguro está sujeita à análise de risco.

A Proposta de Contratação deste Seguro deverá ser preenchida e assinada obrigatoriamente pelo Estipulante e Corretora e deverá ser entregue a Akad Seguros.

As Condições Gerais completas deste Seguro estarão à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

Poderão ser incluídos no seguro os Componentes do Grupo Segurável, mediante preenchimento completo e assinatura da Proposta de Adesão; bem como a entrega dos documentos que a Akad Seguros julgar necessários para análise dos riscos seguráveis e que atendam as seguintes exigências:

- a) Tenham idade dentro do limite estabelecido no Contrato de Seguro; e
- b) Declarem a doença(s), lesão(ões) ou invalidez permanente, pré-existente(s) ao início de vigência do Risco Individual de cada Segurado, as quais serão excluídas da indenização de qualquer evento.

A inobservância a qualquer das condições previstas nas alíneas “a” e “b” desta Cláusula, caracterizará a perda da condição de Segurado, mesmo não havendo o preenchimento da Proposta de Adesão pelo Proponente.

A inclusão dos Proponentes será feita de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação ou no Contrato, podendo ser exigido, para análise de aceitação do Segurado, o preenchimento de Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.

A Akad Seguros terá um prazo de até 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta de Contratação e a Proposta de Adesão, contados da data do seu recebimento.

O Seguro será automaticamente aceito, caso a Akad Seguros não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso, quando a Akad Seguros solicitar, uma única vez, apresentação de novos documentos, tais como provas de saúde e/ou Ficha Financeira, para análise dos riscos, e voltará a correr a partir da data em que forem entregues.

Caso a Akad Seguros solicite provas de saúde, ou documentos complementares, o prazo de 15 (quinze) dias para aceitação da Proposta de Adesão, voltará a correr a partir da data do recebimento dessa documentação.

A recusa da Proposta de Contratação, Proposta de Adesão será comunicada, caso já tenha ocorrido o pagamento de Prêmio, nos termos apresentados no parágrafo abaixo, implicará na devolução integral do Prêmio pago pelo Proponente e/ou Estipulante; atualizado monetariamente pela variação do índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, desde a data do pagamento até a data da efetiva restituição pela Akad Seguros. O valor é devido a partir do momento

da formalização da recusa e será restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos.

A cobrança total ou parcial de prêmio antes da aceitação da proposta somente será admitida em caso de oferecimento de cobertura provisória ao Proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde que expressamente prevista nas condições contratuais e solicitada pelo Proponente na proposta.

No caso de aceitação da proposta, a Seguradora poderá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência, desde que haja tal previsão nos documentos contratuais.

No caso do Seguro contratado sem Proposta de Adesão e/ou Declaração Pessoal de Saúde do Proponente, fica o Estipulante responsável pela informação de que cada participante do Grupo Segurado atenda as exigências previstas para as Condições de aceitação.

A inobservância às condições previstas acima, caracterizará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado, não sendo devida, qualquer indenização por parte da Akad Seguros.

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

I - a data da manifestação expressa pela Seguradora;

II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III - a data de término do prazo de 15 (quinze) dias para análise das propostas, tanto de Contratação como de Adesão, quando caracterizada a aceitação tácita das mesmas.

10.VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

O seguro é por prazo determinado tendo a Akad Seguros a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos.

O prazo de vigência do seguro será determinado no Contrato de Seguro firmado entre Akad Seguros e o Estipulante, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Contratuais que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela Akad Seguros e o Estipulante e no caso dos seguros contributários, desde que não acarretem ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

O início e o término de vigência do risco individual serão às 24 horas das datas estabelecidas no Certificado de Seguro, e corresponderá ao prazo da Obrigação a que estiver atrelado.

A cobertura de cada Segurado individual cessará quando ocorrer uma das situações previstas abaixo:

- a) quando a apólice de Seguro Prestamista não for renovada ou for cancelada, a qualquer época, pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito e acordado entre todas as partes contratantes;
- b) por falta de pagamento do prêmio do seguro, nos termos apresentados na Cláusula de Pagamento do Prêmio, destas condições gerais;
- c) Quando a obrigação que der origem ao seguro for extinta antecipadamente, ficando o seguro automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.
- d) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- e) quando o Segurado solicitar a sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- f) quando ocorrer à indenização de um evento coberto por Morte, IFPD - Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença ou IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;

- g) no curso do contrato de seguro, a apólice somente poderá ser rescindida por mútuo consentimento, exigindo-se por parte dos Segurados a anuência de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, admitida cláusula mandato, retendo a Seguradora o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada e neste caso:

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; e

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.

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

O Estipulante deverá se comprometer a comunicar expressamente a Akad Seguros, todas as ocorrências de inclusões e/ou exclusões de Segurados do mês anterior, assim como a atualização do saldo devedor do grupo segurado para providências de atualização do Grupo Segurado, e emissão de fatura de pagamento.

12. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado, por cobertura, será indicado na apólice e nos Certificados Individuais e representa o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em caso de sinistro coberto.

Fica convencionado que o Capital Segurado a ser pago pela Akad Seguros deverá sempre estar diretamente ligado ao valor da dívida contraída pelo Segurado (Prestamista) junto ao Estipulante não tendo, portanto, este seguro a característica de geração de benefício de seguro de vida. Sendo assim, o Capital Segurado será necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste desta.

As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado não serão incorporados ao valor do capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga ao beneficiário em caso de sinistro coberto.

Para fins deste Seguro, capital segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado, de acordo com a Cobertura, pela Akad Seguros em função do valor estabelecido para cada Garantia, vigente na data do Evento, na ocorrência de sinistro.

Considera-se como data do Evento para efeito de determinação do capital segurado:

- a) Cobertura de Morte de Causas Naturais ou Acidentais: A data do falecimento do segurado
- b) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente: A data do Acidente
- c) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: a data que ocorreu a invalidez, conforme declaração médica e devidamente comprovada através de exames.
- d) Perda de Renda – Desemprego Involuntário: a data da rescisão Contratual
- e) Perda de Renda – Por Incapacidade Física Temporária: a data da constatação do afastamento da atividade remunerada.
- f) Perda, Roubo ou subtração de Cartão (mediante arrombamento): a data da Perda, Roubo ou subtração do cartão, (mediante arrombamento), devidamente comprovado através do Boletim de Ocorrência Policial (B.O) apresentado.
- g) Auxílio Funeral: a data do falecimento

Caso o Segurado contrate mais de um Seguro, com esta mesma Seguradora, regido por estas Condições Gerais, a soma dos capitais segurados de uma mesma garantia e referente ao mesmo Segurado, não poderá ultrapassar o Limite de Aceitação da Seguradora.

O capital segurado contratado para cada garantia, estabelecido pelo Segurado e/ou Estipulante, constará no Certificado Individual, ou na Proposta, ou no Contrato.

13.ALTERAÇÃO CONTRATUAL

Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a Sociedade Seguradora e o Estipulante no aniversário da apólice, respeitados os compromissos firmados com os Segurados em contratos anteriores às alterações e as normas aplicáveis ao Seguro Prestamista, por meio de Termo Aditivo.

Na eventualidade de desequilíbrio atuarial causado por aumento significativo da sinistralidade, que torne o seguro incompatível com as condições mínimas de manutenção, a Akad Seguros e o Estipulante poderão a qualquer tempo renegociar novas taxas comerciais que restabeleçam o equilíbrio financeiro da apólice.

14.PAGAMENTO DO PRÊMIO

A periodicidade de pagamento do Prêmio e a forma de cobrança serão estabelecidas na Proposta de Contratação e/ou no Contrato.

Para fins do seguro e de acordo com o especificado no contrato de seguro, o custeio do prêmio poderá ser Contributário, onde os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente, ou Não Contributário, onde o Estipulante/Subestipulante paga totalmente o prêmio do seguro.

A data limite para pagamento do Prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice, da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos que resultem alteração do Prêmio.

Os Prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, boleto bancário, débito em conta corrente ou cartão de crédito, conforme acordo entre as partes contratantes.

A Akad Seguros poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos Prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme disposições estabelecidas no Contrato.

É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de Prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao Custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento de outros valores devidos ao Estipulante, juntamente com o Prêmio, seja a que título for, é obrigatório o destaque, no documento de Cobrança, do valor do Prêmio discriminado por Seguro contratado. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer Taxa de inscrição ou de intermediação.

Qualquer Indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo até a data limite prevista no Contrato do Seguro e no respectivo documento de cobrança. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das Garantias.

Se o Evento Coberto ocorrer dentro do prazo para pagamento do Prêmio, o direito à Indenização não fica prejudicado se o pagamento do Prêmio for realizado ainda naquele prazo.

Atraso no pagamento do Prêmio

Configurada a falta de pagamento do prêmio até a data estabelecida, quando determinada na forma de parcela única ou quando se tratar da primeira parcela, nos casos de seguro com prêmio parcelado ou mensal, implicará no cancelamento automático da apólice e/ou de seus endossos, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sendo previamente comunicado ao estipulante.

A falta de pagamento das demais parcelas do seguro, na data do seu vencimento, seja o seguro contributário ou não contributário, acarretará a imediata e automática suspensão do seguro e de suas coberturas, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de constituição em mora, não respondendo a Seguradora pela responsabilidade de pagamento do capital contratado para eventos ocorridos durante esse período de suspensão.

Por cobertura suspensa entende-se o período durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da apólice, será vedada a cobrança de prêmio(s) em atraso.

Na hipótese de ser admitida a reabilitação da Apólice ou do Certificado Individual, ao exclusivo juízo da Seguradora, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e, na hipótese de seguros com Prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

Decorridos 2 (duas) parcelas em atraso, consecutivas ou não, (período máximo de suspensão de cobertura consentido pela seguradora) esta, notificará o estipulante do cancelamento do seguro.

Nos casos da cobrança do prêmio(s) por meio cartão de crédito, será responsabilidade do Segurado manter os dados atualizados para lançamento da(s) parcela(s) para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, na ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Não obstante as disposições acima, nos Seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido os prêmios recolhidos dos Segurados, estes, não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

Neste caso, os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, acrescido de Multa e Juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

Os Prêmios do Seguro poderão ser reavaliados junto ao Estipulante, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial desta modalidade de Seguro, ou outro parâmetro desde que previsto na Proposta de Contratação ou no Contrato.

15.CANCELAMENTO DO SEGURO E RESCISÃO CONTRATUAL

Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba Indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações: o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Akad Seguros; ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculado; morte do Estipulante no caso de este ser Pessoa Física.

Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado:

No caso de seguro não contributivo, o seguro poderá ser rescindido em qualquer época, por mútuo e expresso consenso da Akad Seguros e do Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias. Já no caso seguro contributivo, ressalvadas as hipóteses previstas anteriormente nesta cláusula, somente poderá ser cancelado quando expirar o prazo de sua validade, ou antes disso, se houver mútuo e expresso consenso do Estipulante, Segurados e Seguradora e havendo anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Caso, até o prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento do Prêmio, não seja efetuado o pagamento dos Prêmios em atraso, o Seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações; desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial

O pagamento pelo Estipulante ou por Segurado(s) de qualquer valor a Akad Seguros após a data do cancelamento não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s). As Apólices não poderão ser canceladas durante a Vigência pela Akad Seguros sob a alegação de alteração da natureza dos riscos. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Akad Seguros poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

As Garantias de qualquer Segurado cessarão: quando a Obrigação for extinta; ao final do prazo de Vigência da Apólice, se esta não for renovada; após a morte ou invalidez permanente do Segurado. Automaticamente, na data em que houver o desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante; por solicitação escrita do Segurado ao Estipulante, de que o mesmo não deseja continuar no seguro; quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do Prêmio.

16. REVISÃO DO PRÊMIO E CAPITAL SEGURADO

O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável. A Akad Seguros anualmente, no aniversário da apólice, deverá recalculas as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos de o seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao Prêmio Líquido arrecadado no mesmo período.

Fica convencionado que o Capital Segurado será estruturado na modalidade de Capital Segurado vinculado, ou seja, é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste do contrato.

O Capital Segurado a ser pago pela Akad Seguros no caso de sinistro coberto corresponderá ao valor do saldo devedor do segurado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto.

O saldo devedor do segurado será atualizado mensalmente, de acordo com os pagamentos realizados pelo Segurado.

Qualquer aumento dos capitais implicará em aumento automático dos Prêmios, o qual poderá obedecer à mesma proporção aplicada ao acréscimo dos capitais, ou até novas Condições, devido a composição do Grupo Segurado e Coberturas da Apólice.

As taxas utilizadas no cálculo do Prêmio poderão ser reavaliadas, ocasionando alteração nos valores. Os Prêmios, quando reajustados, serão comunicados ao Estipulante, que por sua vez, deverá comunicar aos Segurados, observado a Cláusula Modificação da Apólice.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

Por se tratar de um Seguro de modalidade Prestamista, o capital segurado e o Prêmio do Seguro individual serão atualizados com base na variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário da data de formação do grupo. Tendo as parcelas mensais recalculadas com base no novo valor;

Em caso de extinção do IPCA/IBGE será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente, ficando a Akad Seguros responsável em dar ciência aos Segurados desta alteração.

Os valores relativos as obrigações pecuniárias, seja as indenizações e eventuais devoluções de prêmios, previstos nas condições contratuais deste plano de seguro, estarão sujeitos a atualizações monetárias, observadas as disposições específicas de cada cláusula.

As atualizações serão feitas com base na variação positiva do índice de atualização de valores definido para este plano, o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), verificada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e último publicado antes da data da efetivação do pagamento.

18.SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não estiver quitado, as Coberturas deste Seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de Cobertura a que se referir à cobrança, ficando o Segurado e seu(s) beneficiário(s) sem direito a receber a indenização referente a qualquer cobertura contratada, no caso de ocorrência de um Sinistro.

Na hipótese de ser admitida a reabilitação da Apólice, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio e, na hipótese de seguros com prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

19.PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

O Segurado e/ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte deles, seu(s) representante(s) legal(is), seu(s) preposto(s) ou seu(s) beneficiário(s):

Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro ou na Taxa para cálculo do Prêmio;

A inobservância das obrigações convencionadas na Apólice deste contrato de Seguro, que acarretem agravação do Risco Coberto;

Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a Indenização; ou

Simulando ou provocando um Sinistro, ou ainda agravando intencionalmente suas consequências.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Akad Seguros poderá:

- Na hipótese de não ocorrência do sinistro: Cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ao tempo decorrido; ou Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

- Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento parcial do capital segurado: O seguro será cancelado, após o pagamento da indenização, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao decorrido; ou Mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

- Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do Prêmio cabível.

O Segurado está obrigado a comunicar a Akad 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.

Uma vez recebido o aviso de agravação do risco, a Akad Seguros, nos 15 (quinze) dias subsequentes ao seu recebimento, poderá dar ciência ao Segurado de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo,

restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

O cancelamento do seguro ocorrerá 30 (trinta) dias após a notificação do Segurado e será restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20.PROCEDIMENTOS EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM EVENTO COBERTO

Em caso de Sinistro coberto por este Contrato de Seguro, o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) deverão comunicar o Sinistro a Akad Seguros e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nesta Cláusula.

A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Segurado ou beneficiário(s), a Akad Seguros terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do Sinistro. Após este prazo será devidamente atualizado monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, sendo calculado a partir do 1º (primeiro) dia posterior à expiração do prazo mencionado, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

É facultado a Akad Seguros, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do Sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos ou esclarecimentos que julgar necessários à apuração do Sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e voltará a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

As divergências sobre as causas, a natureza e a extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade, serão submetidas a uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Akad Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro membro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Akad Seguros.

O Segurado e/ou Beneficiário(s) deve(m) autorizar expressamente o médico assistente e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar envolvidas no atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Akad Seguros, a qual se compromete a zelar por sua confidencialidade.

A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

Em caso de Morte de causas naturais ou Acidentais:

- a) Formulário de aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário, pelo Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia da Cédula de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) Cópia do Inquérito Policial;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo de Necropsia, se houver;
- h) Cópia do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- i) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Documentos em caso de 2º Beneficiário:

- a) Cópia do RG e CPF (ou outro documento que indique o respectivo número);
- b) Certidão de nascimento, ou de casamento atualizada;
- c) Comprovante de união estável (em caso de companheiro(a) beneficiário);
- d) Comprovante de residência atualizada.

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente;

- b) Cópia da Declaração Médica comprovando a Invalidez Permanente, bem como Atestado Médico, indicando o grau de invalidez de acordo com a tabela apresentada na Cláusula de Invalidez Permanente por Acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado, podendo também ser aceito o laudo oficial da Previdência Social;
- c) Cópia da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial, se for o caso;
- e) Cópia do Inquérito Policial, se for o caso.
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Cópia do Laudo de Exame Toxicológico, e cópia do Laudo de Teor Alcoólico, quando realizados;
- h) Cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir.

Em caso de Invalidez Funcional 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 a data de sua caracterização, anexando os resultados de exames realizados comprobatórios da doença realizados que comprovem a incapacidade funcional permanente, original ou cópia simples.
- c) Boletim de ocorrência policial (BO) ou comunicação de acidente do trabalho - INSS (CAT) se for o caso;
- d) Todos os resultados dos exames comprobatórios da doença, relatório do médico assistente descrevendo o diagnóstico e a estimativa do número de dias de afastamento.

Em caso de Perda de Renda 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) Sentença declaratória de falência do empregador, se for o caso.

Em caso de 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 do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: Última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento Autônomo, 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) Atestado de alta médica definitiva

Em caso de Perda, Roubo ou Subtração de Cartão (mediante arrombamento)

- a) Certidão de nascimento e/ou cédula de identidade e CPF do segurado;
- b) Boletim de Ocorrência Policial (B.O) original ou cópia autenticada, no qual devem ser especificados detalhadamente, o local do sinistro, bem como sua respectiva descrição, data e hora e os bens que foram roubados/subtraídos mediante arrombamento;
- c) Demonstrativo de compras e comprovante do débito indevidos (se houver) efetuadas através do cartão, após a Perda/Roubo ou subtração do cartão (mediante arrombamento);
- d) Declaração de existência outros seguros sobre o mesmo bem segurado.

Para todos os eventos :

- a) cópia do contrato de financiamento/obrigação assumido
- b) cópia da Ficha Financeira (versão completa e atualizada) indicando o valor do saldo devedor

Observação: o pedido de apresentação de peças do Inquérito Policial não condiciona o pagamento da indenização.

Importante: A AKAD SEGUROS poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente. Neste caso, o prazo mencionado nas Condições gerais será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela AKAD SEGUROS destes documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

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.

PERÍCIA MÉDICA

Não obstante a entrega da documentação descrita nos itens acima, a AKAD 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.

Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, com a justificativa para o não pagamento.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Desde que contratada a Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente, a indenização será paga sob a forma de pagamento único.

DEMAIS GARANTIAS ADICIONAIS

Desde que contratada a Garantia, a forma de pagamento da indenização ou de reembolso de despesas observará o que dispõe a respectiva Condição Especial.

21.BENEFICIÁRIOS

O primeiro beneficiário do seguro será sempre o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao capital segurado contratado.

Caso haja diferença positiva entre o Capital Segurado e o Saldo devedor na data de caracterização do Evento Coberto, esta diferença será paga em caso de morte a um segundo beneficiário indicado pelo Segurado no ato da contratação do

seguro, e, em caso de Invalidez permanente total por acidente, ou Invalidez funcional e permanente total por Doença, o valor será repassado a(o) próprio(a) Segurado(a). Caso o(a) mesmo(a) se encontre impossibilitado(a) de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente o(a) represente nos atos da vida civil.

O Segurado pode, a qualquer tempo, indicar por escrito o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para o recebimento do Capital Segurado no caso de sua morte devidamente coberta pela apólice. Poderá ainda, substituir o(s) Beneficiário(s) do seguro, incluir outro(s) e/ou complementar as indicações, por meio de formulário físico ou contato via Central de Relacionamento da Akad Seguros.

Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de Beneficiário(s) recebida pela Akad Seguros antes da ocorrência do sinistro.

Na falta da indicação de beneficiário(s), ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, 50% do capital segurado será pago ao cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e os 50% restantes, aos herdeiros do segurado, conforme determinado pela legislação aplicável à herança, excluído o cônjuge/companheiro(a).

22.MODIFICAÇÃO DE RISCO

Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do Seguro e que impliquem circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas por escrito a Akad Seguros de forma a permitir que sejam feitos os devidos ajustes no Seguro, isto é, alteração do valor do capital segurado, Prêmio ou exclusão do Segurado.

23.ESTIPULANTE

O presente seguro será administrado pelo Estipulante em favor de terceiros que por força de disposições contratuais, transferem a ele a responsabilidade de contratar o seguro.

Obrigações do Estipulante

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) Fornecer à AKAD todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais e demais dados necessários para a inclusão mensal de Segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
- b) Manter a Akad Seguros informada a respeito dos dados cadastrais do Segurado e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente
- c) Fornece ao Segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) Repassar os Prêmios a Akad Seguros, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos Prêmios;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Akad Seguros nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referente ao seguro;
- g) Comunicar de imediato a Akad Seguros, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- i) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- k) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

Obrigações da Seguradora

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da Akad Seguros:

- a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na Seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;
- b) Informar por escrito ao Segurado, a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
- c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
- d) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

24.MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus, dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quatro avos) do Grupo Segurado, exceto aquelas que sejam feitas por força de determinação legal ou impostas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

25.MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Akad Seguros, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando a Akad Seguros responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

26.PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

27.TRIBUTOS

Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

28.FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir e resolver todas as questões e dúvidas provenientes direta ou indiretamente do presente Seguro.

29.CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA BÁSICA

MORTE POR CAUSAS NATURAIS OU ACIDENTAIS

DEFINIÇÕES

Garante ao Estipulante o pagamento do Capital Segurado, com a quitação ou amortização do saldo devedor, na ocorrência de morte do Segurado, após decorrido o período de carência, se houver, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

Havendo diferença positiva entre o Capital Segurado contratado e o saldo devedor, na data de ocorrência do Evento Coberto, esta diferença será paga ao segundo Beneficiário indicado ou aos herdeiros legais.

O período de carência para cobertura de morte exclusivamente decorrentes por causas naturais será contado a partir da data de início de vigência do seguro, quando aplicável e constará na especificação da apólice e certificado individual.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

GARANTIAS ADICIONAIS

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

DEFINIÇÕES

Garante ao Estipulante o pagamento do Capital Segurado, com a quitação ou amortização do saldo devedor em caso de caracterização da Invalidez Permanente Total causada por acidente pessoal coberto, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após conclusão do tratamento médico ou após esgotados os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter total da invalidez

Havendo diferença positiva entre o Capital Segurado contratado e o saldo devedor, na data de ocorrência do Evento Coberto, esta diferença será paga ao próprio segurado.

Configuram a Invalidez Permanente Total por Acidente a perda, ou redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal coberto. **A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do seguro, não dará direito à Indenização.**

Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação dos eventos constantes na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
DISCRIMINAÇÃO	% Sobre a importância segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

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

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao Segurado, a Akad Seguros proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

A junta médica tratada neste subitem será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Akad Seguros, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Akad Seguros.

A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

Para fins desta cláusula fica entendido e acordado que estão excluídos da cobertura desta garantia todos os riscos relacionados na Cláusula – Exclusões Gerais, das Condições Gerais.

O capital segurado garantido por esta Cláusula se equivale ao percentual estabelecido na apólice do capital segurado da Cobertura Básica.

Se, depois de pagar indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte por acidente.

Esta Cobertura Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado, e, em nenhuma hipótese, isolada da Cobertura Básica.

Seguro de Pessoas Portadoras de Deficiência Física:

O Segurado portador de deficiência física deverá declarar expressamente o grau de invalidez preexistente no momento da contratação do seguro.

O seguro será cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA

DEFINIÇÕES

Desde que contratada garante ao Estipulante, a quitação ou amortização do saldo devedor, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de invalidez funcional permanente total, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente do segurado, sob critérios devidamente especificados nesta Cláusula, observado os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

Havendo diferença positiva entre o Capital Segurado contratado e o saldo devedor, na data de ocorrência do Evento Coberto, esta diferença será paga ao próprio segurado.

Entende-se como perda da existência independente do segurado, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado através de declaração médica, na forma definida nestas Condições Especiais, assim entendido o quadro clínico que impossibilite o segurado de suas funções de locomoção, discernimento e demais patologias inviabilizando a normalidade da vida cotidiana sem o auxílio de terceira pessoa ou equipamento especial.

Consideram-se também como total e permanentemente inválido, para efeito desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Considera-se portador de doenças em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de sobrevivência não superior a 6 (seis) meses.

A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:

- a. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);
- e. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g. Deficiência visual:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i. Estados mórbidos, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis. O IAIF é composto por dois documentos.

- a. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

- i. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - ii. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - iii. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- i. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Após a constatação da invalidez coberta por esta cláusula, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

Riscos Excluídos. Além dos Riscos Excluídos apresentados nas Condições Gerais, para fins desta Cobertura, estão também excluídos:

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

Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data de ocorrência do evento coberto” indicada na “Declaração Médica”, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no anexo, desta Cobertura. A data da invalidez por doença funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

PERDA DE RENDA – DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

DEFINIÇÕES

Profissionais registrados (CLT): desemprego involuntário/falência de empregador

Desde que contratada, garante ao estipulante o pagamento consecutivo de 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.

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

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

O segurado deverá ter no emprego comprovado uma permanência mínima, sem interrupção, de um ano (12 meses) e ter uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

Além dos Riscos excluídos apresentados nas condições gerais, consideram riscos excluídos

- a) por jubilação (perda de direito) de pensão ou aposentadoria do segurado;**
- b) por renúncia ou perda voluntária do trabalho;**
- c) término de um contrato de trabalho temporário (estagiários e trabalhadores temporários em geral);**
- d) demissão por justa causa;**
- e) campanhas de programa de demissão voluntária para fins desta garantia, considera-se demissão em massa quando a empresa demite mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
- f) adesão a planos de demissões voluntários e/ou incentivadas ou acordo entre emprego/empregador ou por acordo coletivo de trabalho.**

Carência: para ter direito a esta cobertura poderá haver uma carência de até 90 (noventa) dias contados do início de vigência individual, conforme contratado e constante em Certificado Individual.

Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, este, deverá respeitar o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de parcelas mensais contratadas.

O valor de cada prestação corresponderá ao valor da parcela da obrigação a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido na apólice e no certificado individual.

Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove, pelo menos, 12 (doze) meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador, entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA

DEFINIÇÕES

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

Desde que contratada garante ao Estipulante o pagamento de 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 afastamento do segurado, decorrente de doenças ou acidentes, 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 ao período de franquias, mediante comprovação por laudo médico, reconhecido pela AKAD SEGUROS, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

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, sendo esse período superior ao período determinado como franquia, em decorrência de acidente ou doença.

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.

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, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 16 (dezesesseis) 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.

Carência

Nesta cobertura haverá uma carência, 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, devidos conforme Certificado Individual. Para os eventos decorrentes de acidentes não haverá carência.

Franquia

Nesta cobertura haverá uma franquia de até 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 conforme Certificado Individual.

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 AKAD SEGUROS, por meio de carta, e-mail ou pelo formulário aviso de sinistro, anexando os resultados de exames comprobatórios acidente e relatório do médico assistente, descrevendo o diagnóstico e a estimativa do número de dias de afastamento.

Em posse do aviso de sinistro e seus anexos, a AKAD 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 partir da data do recebimento de toda a documentação.

O número de diárias a serem pagas será determinado pela AKAD 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.

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.

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.

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

O proponente, ao assinar a proposta de adesão, autoriza o departamento médico da AKAD 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 AKAD 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.

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

Comprovado algum tipo de fraude por parte do segurado, seu representante legal ou prepostos, a AKAD 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.

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.

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.

Além dos riscos excluídos 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.**

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.

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.

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.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

PERDA, ROUBO OU SUBTRAÇÃO DE CARTÃO (MEDIANTE ARROMBAMENTO)

DEFINIÇÕES

Desde que contratada, garante ao estipulante o pagamento consecutivo de 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 débitos indevidamente efetuados na conta do Segurado, quando da ocorrência de Perda, Roubo ou Subtração do cartão crédito, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

Os débitos que servirão de amparo para a caracterização da cobertura serão aqueles que ocorrerem do horário do evento coberto até 96 horas subsequentes. O horário da ocorrência do evento coberto (a efetiva perda, roubo ou subtração do cartão mediante arrombamento) deverá ser registrado no boletim de ocorrência.

Para fins desse seguro considera-se:

Roubo: “Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência” (conforme definido no artigo 157 do Código Penal).

Subtração mediante arrombamento: Subtração de coisa móvel alheia, com destruição e/ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa, desde que tenham sido deixados vestígios materiais inequívocos de destruição e/ou rompimento de obstáculos que permitiram o acesso ao local, ou tenha sido constatado por inquérito policial.

Esclarecimento Adicional: A subtração mediante arrombamento do bem segurado ocorre quando o agente inutiliza, desfaz, desmancha, arrebenta, rasga, fende, corta ou deteriora um obstáculo, tais como trincos, portas, janelas, fechaduras, que visam a impedir a subtração. Portanto, para a caracterização da subtração mediante arrombamento é necessário que tenha havido a destruição ou rompimento do obstáculo existente para se atingir o bem, e não a destruição do próprio bem. **Não se enquadram neste seguro e não estarão cobertas por esta cobertura quaisquer outras formas de subtração, quais sejam: furto simples, entendendo-se como tal aquele cometido sem emprego de violência e que não tenha deixado vestígio, furto com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza, com emprego de chave falsa ou mediante concurso de duas ou mais pessoas.**

RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais, consideram-se também como riscos excluídos:

- a) Erros ocasionados por falha sistêmica do Emissor, instituição bancária e/ou administradora do cartão;
- b) Clonagem ou cópia não autorizada do cartão;
- c) Eventos reclamados fora do período indicado na Apólice/Certificado Individual;
- d) Cartões ou informações perdidas, furtadas ou roubadas enquanto estejam sob a custódia do fabricante, instituição bancária ou administradora do cartão, courier, mensageiro ou serviço postal ou em trânsito sob a responsabilidade destes;
- e) Danos morais;
- f) Danos corporais;
- g) Lucros cessantes;
- h) Pagamento de custos, taxas ou outras despesas incorridas para comunicar uma ocorrência;
- i) Não pagamento completo ou parcial, ou inadimplemento de qualquer empréstimo, dívida ou operação semelhante ou equivalente a empréstimo feito pelo, ou para o titular do cartão;
- j) Quaisquer prejuízos atribuíveis a fundo insuficiente na conta do titular do cartão;
- k) Quaisquer danos ao emissor, instituição bancária, administradora do cartão e/ou a terceiro;
- l) Quaisquer despesas relacionadas a qualquer ação judicial ou procedimentos administrativos;

- m) Qualquer fraude de terceiros, do próprio titular do cartão, da administradora de cartão, instituição bancária ou de estabelecimento, varejista e/ou de comerciante ou de qualquer outro agente;
- n) Confisco, destruição, ou embargo de bens, por qualquer órgão governamental, entidade pública, repartição, órgão regulador, comissão ou um representante autorizado de qualquer um dos acima mencionados;
- o) Transações ocorridas em terminais eletrônicos cujo acesso seja feito por meio de código pessoal e secreto (senha);
- p) Furto simples ou extravio da bolsa, como seja, a subtração para si, ou para outrem, de coisa alheia móvel, sem emprego de violência e sem vestígios que comprovem claramente a sua ocorrência;
- q) Subtração ocorrida com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza,
- r) Subtração ocorrida com emprego de chave falsa;
- s) Subtração ocorrida mediante concurso de duas ou mais pessoas;

Será especificado na apólice o número máximo de parcelas passíveis de contratação e o máximo de eventos garantido ao ano, assim após a indenização de sinistros que atinjam este limite a cobertura será cancelada, sem devolução de prêmio.

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

AUXÍLIO FUNERAL

Mediante a inclusão na apólice da presente Cláusula e tendo sido pago o prêmio adicional correspondente, está cobertura garante o pagamento de um valor correspondente ao capital segurado, a título de auxílio funeral, em caso de morte do segurado, desde que decorrente de evento coberto pela cobertura básica, ocorrido durante a vigência individual e desde que tenha sido reconhecida a cobertura para morte do segurado.

Esta Garantia Adicional só poderá ser concedida para a totalidade do Grupo Segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da Garantia Básica.

No caso de morte do segurado, não havendo indicação expressa de beneficiário(s), a indenização será paga ao cônjuge sobrevivente, ou, na sua falta, a seus(suas) filhos(as). Aplicar-se-á na falta de ambos (cônjuge e filhos), a ordem estabelecida no artigo 1.829 do Código Civil Brasileiro.

O valor pago relativo a esta cobertura não será descontado do capital segurado da cobertura básica.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta Condição Especial.

CLÁUSULA PARTICULAR | PAGAMENTO DE PRÊMIO

Quando houver o interesse do estipulante na ininterrupção do seguro em caso de eventual atraso no pagamento do prêmio, a Cláusula 14 – “Pagamento do Prêmio” das Condições Gerais, no que tange as disposições referentes ao Atraso no Pagamento do Prêmio e quaisquer outras disposições das condições gerais que eventualmente refira-se a suspensão da cobertura, devem ser substituídas pelas disposições da presente cláusula, as quais alteram a suspensão da cobertura pelo período de tolerância, conforme segue:

Atraso no pagamento do prêmio

Configurada a falta de pagamento do prêmio até a data estabelecida, quando determinada na forma de parcela única ou quando se tratar da primeira parcela, nos casos de seguro com prêmio parcelado ou mensal, implicará no cancelamento

automático da apólice e/ou de seus endossos, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sendo previamente comunicado ao estipulante.

Na falta de pagamento das demais parcelas do seguro, na data do seu vencimento, haverá tolerância de até 60 (sessenta) dias do vencimento, para regularização dos prêmios em atraso, sem suspensão das coberturas.

O pagamento dos prêmios em atraso (prazo de tolerância), do período em que o estipulante se manteve inadimplente de suas obrigações, serão cobrados de uma só vez, devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Proposta de Contratação e/ou Contrato, acrescido de multa e juros descritos no Contrato, sendo calculados desde a data do respectivo vencimento, até a data de seu efetivo pagamento. Caso haja extinção do índice pactuado e, não havendo alteração, fica prevalecendo para todos os efeitos o IPCA.

Caso não seja efetuado o pagamento dos prêmios referentes a 02 (dois) meses consecutivos ou não e, estando a primeira parcela vencida a mais de 60 (sessenta) dias; o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, cabendo a seguradora notificar o Estipulante da efetivação do cancelamento nos termos da presente Cláusula particular

O cancelamento, não isenta o Estipulante inadimplente das cominações legais, como seja, independente do Cancelamento da Apólice por falta de pagamento do prêmio, conforme prazo previsto, o Estipulante fica obrigado a efetuar a quitação das Faturas emitidas, as quais se encontram pendentes de pagamento, tendo em vista, o período de Cobertura do Seguro decorrido.

Com tudo, nos Seguros coletivos contributários, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

Ao aderir a presente cláusula particular, torna-se nula e sem efeito as disposições da cláusula 18 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO das Condições Gerais.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste Seguro, que não foram modificadas por esta cláusula particular.

30.CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Para quaisquer informações e/ou esclarecimentos, a Central de Relacionamento poderá ser acionada, por meio do telefone 4000 1246 de segunda à sexta-feira das 9h até 18h.

Para acionar o SAC, ligue 0800 942 2746 – Atendimento 24h todos os dias da semana, para dúvidas gerais, obter informações, realizar sugestões, cancelar algum produto ou serviço.

Para acionar a Ouvidoria, ligue 0800 940 0312 – Reclamações não atendidas satisfatoriamente por outros canais, ou sugestões e elogios.

Para facilitar/agilizar o atendimento da Ouvidoria informe o número de protocolo anterior fornecido pelo SAC ou demais canais de atendimento. Horário de atendimento das 8 às 18 horas, de segunda à sexta-feira, exceto feriados nacionais.

ANEXOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
	1º GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o	00

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08