

**CONDIÇÕES CONTRATUAIS  
SCT 1095414001- SEGURO PRESTAMISTA**

**ESTIPULANTE: O2 ASSESSORIA CADASTRAL LTDA ME – SUB 00**

**CNPJ: 24.385.002/0001-04**

**Atividade: Atividades de cobranças e informações cadastrais**

**SUB ESTIPULANTES:**

Estas Condições Contratuais fazem parte integrante e inseparável da Proposta em referência no que lhe couber, devendo qualquer alteração ser efetuada com prévia anuência das partes contratantes do seguro – Estipulante e Seguradora.

**1 - CONCEITO DAS COBERTURAS**

**1.1 Seguro Prestamista**

**1.1.1 CB - Cobertura Básica (Morte)**

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

**1.1.2 IPTA - Invalidez Permanente Total Por Acidente**

Garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas abaixo, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

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

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

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

**1.1.3 PRD- Perda de Renda por Desemprego Involuntário**

Garante ao beneficiário o pagamento de até 06 (seis) parcelas mensais do valor do condomínio, limitado ao valor do Capital Segurado Individual Máximo contratado para esta cobertura, no caso de desemprego involuntário do segurado quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

O segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo de 12 (doze) meses.

Além dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais do Seguro, para efeito da indenização, a condição de desemprego deverá ser comprovada periodicamente e enquadrada nas seguintes condições:

- Não tenha sido demitido por justa causa;
- Esteja a, no mínimo, 30 (trinta) dias desempregado;
- Possua vínculo empregatício antes da perda de emprego;
- Seu salário mensal nominal fosse superior ao valor da cota condominial contratada;
- Não tenha havido demissão em massa, ou seja, acima de 5% (cinco por cento) do total de empregados da empresa em que trabalhava, avaliando-se caso a caso, considerando-se o número de funcionários total da empresa;
- Não tenha ocorrido demissão voluntária, através de plano interno de incentivo;

### 1.1.4 IFT- Incapacidade Física Total Temporária por Acidente

Garante ao beneficiário o pagamento de até 06 (seis) parcelas mensais do valor do condomínio, limitado ao valor do Capital Segurado Individual Máximo contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, **decorrente de acidente**, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontre sob tratamento médico, caso este seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

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

Além dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais do Seguro, para efeito da indenização, a condição de incapacidade física deverá ser comprovada periodicamente e enquadrada nas seguintes condições:

- Esteja a, no mínimo, 12 (doze) meses na mesma atividade;
- Comprovação do exercício da atividade remunerada pelo mesmo período do item acima;
- A última remuneração seja superior ao valor da cota condominial contratada;
- Tenha acionado a Seguradora no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, após a ocorrência do evento.

## 2 - CARÊNCIA

Para as coberturas elencadas nesta apólice, não se aplica qualquer tipo de carência.

## 3 - COBERTURAS / CAPITAIS SEGURADOS E PREMIO MENSAL INDIVIDUAL

Valor do Condomínio	Básica (Morte)	IPTA (Inv Perm Total por Acidente)	Perda de Emprego	IFT (Incapacidade Temporária)
R\$ 1.000,00	12 mensalidades	12 mensalidades	06 mensalidades	06 mensalidades
R\$ 2.000,00	12 mensalidades	12 mensalidades	06 mensalidades	06 mensalidades
R\$ 3.000,00	12 mensalidades	12 mensalidades	06 mensalidades	06 mensalidades
R\$ 4.000,00	12 mensalidades	12 mensalidades	06 mensalidades	06 mensalidades
R\$ 5.000,00	12 mensalidades	12 mensalidades	06 mensalidades	06 mensalidades
R\$ 6.000,00	12 mensalidades	12 mensalidades	06 mensalidades	06 mensalidades

**A taxa média mensal será de 8,6‰ (por mil), a qual deverá ser aplicada sobre o valor do condomínio.**

**Importante:**

- Fica estabelecido que para as coberturas de **Morte e IPTA**, a forma de pagamento da indenização será em parcela única, observadas as cotas contratadas pelo Segurado Principal;
- Prestação Locação = limite máximo de indenização. Para efeito da indenização das coberturas do seguro serão considerados os gastos efetivos com a locação do segurado, limitado ao valor máximo contratado.

**4 - CUSTEIO**

O critério para custeio deste seguro será **Contributário**, respondendo o Segurado por **100% (Cem por Cento)** do custo do seguro e o Estipulante pelo recolhimento e repasse total de prêmios à Seguradora, mediante quitação das faturas mensais na rede bancária.

**5 - ÍNDICE DE ADESÃO**

A adesão neste seguro será facultativa, observando as condições de aceitação/definição de segurado constante no item 8.

O prêmio mínimo mensal para implantação e manutenção do seguro será de R\$ 500,00 (quinhentos reais).

**6 - VIGÊNCIA DO SEGURO**

**6.1** A apólice vigorará pelo prazo de **12 (Doze) meses**, a contar da data de início determinada pelo Estipulante, quando da aprovação do seguro e assinatura da presente Condição Contratual, sendo admissível uma única renovação automática, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Ao término do contrato, a apólice poderá ser renovada mediante confirmação por escrito, por mais um período e assim sucessivamente.

**6.1.1** No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitando o período correspondente do prêmio pago.

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

## **7 - VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL**

**7.1** Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice Mestre, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual.

**7.2** O início de vigência de cada segurado será a partir do primeiro dia após o pagamento do primeiro prêmio do seguro, respeitando as condições de aceitação estabelecidas no item 8.

## **8 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO/DEFINIÇÃO DE SEGURADO**

Poderá participar do seguro o Responsável Financeiro pelo pagamento das despesas de condomínio junto ao Estipulante, desde que tenham até 65 anos de idade e estejam em boas condições de saúde.

Será admitido no seguro apenas 1 (um) único Responsável Financeiro efetivo por unidade (apto).

Não haverá cobertura securitária para dois ou mais segurados diferentes dentro da unidade.

Cabe ao Estipulante fornecer a documentação necessária para a comprovação da responsabilidade financeira dos proponentes/segurados perante a Seguradora.

Em caso de falecimento do Responsável Financeiro, e após o período de cobertura do seguro (pagamento de 12 mensalidades), o Estipulante compromete-se a fornecer à Seguradora os dados relativos ao novo Responsável Financeiro efetivo para a unidade (apto).

**Responsável Financeiro Pessoa Jurídica:** Será considerado como segurado o sócio-administrador majoritário, observando as demais condições de aceitação estabelecidas para inclusão no seguro.

### **8.1 – FATURAMENTO**

**8.1.1** As faturas mensais serão emitidas mediante o fornecimento dos arquivos em formato Excel (.XLS), através de e-mail, contendo no mínimo os seguintes dados:

- Endereço Completo;
- Responsável Financeiro (Segurado);
- Data de Nascimento;
- CPF;
- Data de início de adesão ao seguro;
- Valor da cobertura contratada;
- Valor do prêmio.

**8.1.2** Por força das exigências constantes da Circular SUSEP **380/08**, o risco não poderá ser aceito e, portanto o seguro não poderá ser implantado se as informações acima especificadas não forem fornecidas.

**8.1.3** As informações acima devem ser enviadas sempre que houver qualquer alteração no grupo segurado (mudança de capital, cancelamento do segurado, ou inclusão de novo segurado), obedecendo-se o cronograma abaixo:

Datas	
<b>Entrega da Movimentação</b>	<b>Vencimento da Fatura</b>
<b>13 do Mês de Competência</b>	<b>05 do Mês subsequente ao Risco</b>

**8.2** Caso o arquivo não seja fornecido com as informações acima até a data estabelecida, automaticamente, será emitida a fatura mensal, com o mesmo valor do mês anterior. Possíveis alterações referentes a inclusões, alterações e cancelamentos de segurados, serão considerados ou compensados no faturamento seguinte.

### **8.3 Atraso no pagamento do Prêmio**

A falta de pagamento de qualquer parcela poderá acarretar a suspensão da cobertura do seguro conforme previsto nas condições gerais. Após o vencimento da parcela, será cobrada multa de 2% e juros de 0,116667% ao dia.

## **9 - BENEFICIÁRIO DO SEGURO**

O Beneficiário do seguro será o Estipulante.

Caso o Condomínio seja excluído da apólice do Estipulante e houver sinistro em andamento, as parcelas restantes serão pagas aos beneficiários do responsável pelo pagamento das despesas de condomínio. **Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o capital segurado será pago na forma da Lei.**

## **10 - LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO**

As indenizações deste contrato deverão ser pagas no prazo máximo de **30 (Trinta)** dias, após o recebimento da documentação completa e correta na Tokio Marine Seguradora S/A (Matriz), situada a Rua Sampaio Viana, 44 - 8º andar / salas 82 / 83 – CEP 04004-902 – Paraíso – São Paulo / SP ou Caixa Postal 45364.

## **11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**11.1** Os custos apresentados supõem que o índice mínimo de participantes será atingido. Caso isto não ocorra, a Seguradora se reserva o direito de recusar a aceitação do seguro ou recalculá-lo o custo oferecido, se assim for necessário.

**11.2** Na implantação do seguro, quando do recebimento da relação/cadastro/documentação para emissão do 1º faturamento, se constatar qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados fornecidos por V. Sas. para a elaboração da presente proposta, cujo desvio provoque diferença no grupo segurável superior à 5% (cinco por cento) do cálculo atuarial que resultou o taxa mensal

apurada, essa será automaticamente reajustada na devida proporção ou a implantação da apólice será declinada.

**11.3** A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco;

**11.4** O registro deste plano da SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;

**11.5** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Esperamos que a proposta apresentada esteja em conformidade com suas expectativas e colocamos ao inteiro dispor para prestar quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

São Paulo, de Julho de 2017.

## AUTORIZAÇÃO PARA RENOVAÇÃO/EMIÇÃO DA APÓLICE

Autorizamos a emissão de nossa apólice de Seguro Prestamista conforme as condições e cláusulas expostas nesta proposta de contratação.

Assumimos integralmente a responsabilidade pelas informações prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, ciente de que de acordo com os artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação ou validade da proposta, valor do capital ou taxa do prêmio, perderemos o direito ao capital segurado e conseqüentemente a quaisquer garantias ou pagamentos de benefícios.

Estamos cientes que a Tókió Marine Seguradora S A, terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento dessa proposta sob protocolo, para comunicar sua aceitação ou recusa. No caso de não aceitação da proposta.

<b>VIGENCIA A PARTIR DE:</b>	____ / ____ / ____
------------------------------	--------------------

Carimbo de CNPJ da Empresa

Administrador Responsável pela Empresa (Nome Legível)	CPF
1 -	
2 -	

Assinaturas:

\_\_\_\_\_  
Administrador - 1

\_\_\_\_\_  
Administrador - 2

Corretor de Seguros:

\_\_\_\_\_  
Assinatura sob carimbo