

Condições Gerais – Plano de Seguro Empréstimo Pessoal / CDC

Glossário

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou ainda a incapacidade física total temporária do segurado, obedecidas as demais condições e riscos excluídos de cada garantia do presente seguro.

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

Certificado de Seguro: É o documento emitido pela Seguradora que comprova a inclusão do segurado no seguro.

Carência: Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o beneficiário não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

Cobertura: É o compromisso da seguradora no pagamento de uma indenização, caso ocorra um dos eventos definidos nas garantias contratadas pelo Segurado, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais do seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que estabelecem as condições contratuais, bem como direitos e obrigações do segurado, segurador, beneficiário e estipulante.

Corretor: Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar e promover a contratação de seguros, com poderes para representar o Segurado junto à Seguradora. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Estipulante: É o agente financiador cedente do financiamento responsável pela administração da apólice coletiva de seguro de vida.

Franquia: É o período em cada evento gerador, correspondente aos primeiros dias da condição de incapacidade total ou desemprego do segurado, definido nas Condições Gerais do seguro, durante o qual não há garantia pelo seguro, suportando o segurado as consequências do evento gerador.

Garantias: É o conjunto de coberturas contratadas pelo segurado e definido na proposta de contratação, determinando os riscos assumidos pela Seguradora perante o segurado.

Hipossuficiência: Qualidade de vulnerabilidade de certas categorias especiais de consumidores, oriunda de condições físico-psíquicas, econômicas ou circunstanciais, fazendo com que mereçam maior cuidado nas práticas comerciais e publicitárias.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

Laudo Médico: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas do segurado.

Período de Cobertura: Aquele durante o qual haverá direito ao valor da indenização.

Prêmio do seguro: Valor a ser pago pelo contratante do seguro à seguradora, com o objetivo de garantir indenização no caso da ocorrência de um evento coberto contratado.

Prescrição: É a perda do direito de ação para reclamar os direitos ou a extinção das obrigações previstas nos contratos em razão do transcurso dos prazos fixados em lei.

Proponente: É a pessoa que propõe sua adesão à(s) apólice(s) e que passará à condição de Segurado após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

Proposta de Adesão: Documento pelo qual o proponente expressa a sua vontade de contratar o seguro, onde deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à seguradora avaliar as condições de aceitação ou recusa do risco.

Regime Financeiro: É a estrutura técnica em que contribuições pagas por todos os participantes do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todos os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Regulação de Sinistro: Procedimentos de análise/verificação para pagamento de indenizações devidas pela Seguradora.

Risco: É o fato de estar o indivíduo exposto à eventualidade de dano à sua pessoa, motivado pelo acaso. Acontecimento possível, porém futuro e incerto, quanto à sua realização.

Riscos Excluídos: Eventos preestabelecidos nas condições gerais do seguro e particulares de cada garantia, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: É a pessoa física que contrata este seguro junto a Seguradora. Para fins deste seguro é toda pessoa física, em qualquer parte do território nacional, que seja cliente da Estipulante, que firme Contrato de Financiamento de Bens ou Contrato de Empréstimo Pessoal e que solicite expressamente sua adesão preenchendo e assinando a Proposta de Adesão ao Seguro e o Contrato de Financiamento.

Seguradora: É a Companhia de Seguros HSBC Seguros (Brasil) S.A., que assume os riscos inerentes às garantias deste seguro, nos termos das Condições Gerais.

Seguro: É o contrato em que a Seguradora se obriga para com o Segurado, mediante recebimento do valor do prêmio do seguro, a indenizá-lo em caso de ocorrência de evento coberto ocorrido durante a vigência do seguro.

Sinistro: É o evento coberto por este Seguro ocorrido durante a vigência deste e cuja ocorrência gera o direito da indenização correspondente, de acordo com as Condições Gerais e Particulares da garantia.

SUSEP: Sigla de Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição a fiscalização, normatização e regulação dos seguros privados.

Vigência do Seguro: Período de tempo que determina o prazo de validade das condições negociadas entre Seguradora e o Segurado.

“A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora”.

1. Objeto do Seguro

Garantir, até o limite do capital segurado estabelecido no Certificado do Seguro para cada uma das Garantias, o pagamento do saldo devedor do contrato de financiamento ou empréstimo pessoal firmado pelo segurado através do Estipulante, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas constantes do “Certificado de Seguro” e contratadas junto a HSBC Seguros (Brasil) S.A. **exceto os decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.** Neste plano de seguro as garantias não podem ser contratadas isoladamente.

2. Riscos Excluídos

São riscos excluídos de todas as garantias deste plano de seguro:

- a) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- b) 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;**
- c) Prática, por parte do segurado, de atos ilícitos dolosos ou contrários à Lei, incluindo nesta definição a prática de direção de veículos terrestres, aquáticos e aéreos sem o devido documento legal de habilitação na situação regular (não cassado, suspenso ou vencido);**
- d) Doenças ou eventos preexistentes de conhecimento do segurado e não declarados na “Proposta de Contratação”;**
- e) Suicídio ou sua tentativa e suas conseqüências, para eventos ocorridos até 2 (dois) anos da contratação do seguro. Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência para suicídio, será devolvido ao beneficiário o prêmio puro pago, relativo ao seguro, atualizado pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo);**
- f) Não estão cobertos por este seguro, perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- g) Não estão cobertos por este seguro perdas e danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
- h) O segurado perderá o direito a indenização se agravar intencionalmente o risco.**

3. Estipulante

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação em vigor. No presente seguro é o agente financiador cedente do financiamento responsável pela administração da apólice coletiva de seguro de vida.

4. Obrigações do Estipulante

São obrigações do Estipulante, na forma da Resolução CNSP 107/2004:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP n.º 107 de 16/01/2004, editada pelo Conselho Nacional de Seguros, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, 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;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

5. Acidente Pessoal

Para fins deste Seguro, Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à morte, a invalidez permanente total ou ainda a Incapacidade Física total e temporária do Segurado.

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

- a) Suicídio, ou sua tentativa, ocorridos após dois anos do início de vigência do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal;
- b) Ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Seqüestros e suas tentativas;
- e) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se enquadram no conceito de “acidente pessoal”

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as causas, ainda que provocadas desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária” nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal.**

6. Garantias

6.1 Morte por Qualquer Causa

Garante o pagamento de uma indenização até o limite do capital segurado estabelecido no Certificado do Seguro para esta garantia referente ao pagamento do saldo devedor do respectivo contrato de financiamento ou empréstimo pessoal firmado pelo segurado através do Estipulante, em caso de falecimento do segurado, seja por causas naturais ou acidentais ocorrido durante a vigência deste seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais.**

Estão expressamente excluídos da Garantia de Morte por Qualquer Causa os eventos ocorridos em conseqüência de:

- a) **Atos ilícitos, dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou representante legal, de um ou de outro;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, rebelião, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto os eventos decorrentes da prestação de serviço militar pelo segurado ou atos de humanidade do segurado em auxílio de outrem;**
- c) **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;**
- d) **Atos terroristas devidamente reconhecidos como atentatória à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- e) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções, vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) **Epidemia declarada pela autoridade competente;**
- g) **Suicídio ou sua tentativa e suas conseqüências, para eventos ocorridos até 2 (dois) anos da contratação do seguro. Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência para suicídio, será devolvido ao beneficiário o prêmio puro pago, relativo ao seguro, atualizado pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo);**
- h) **Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;**
- i) **Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência à pessoa em perigo), a duelo, a crime ou delitos.**

Documentação necessária em caso de ocorrência de evento coberto, os quais deverão ser apresentados juntamente com a cópia do Documento de identidade e CPF do Segurado (devidamente autenticados):

-Morte Natural:

- a) **Certidão de Óbito (Cópia autenticada);**
- b) **Certificado do seguro (quando possuir);**

-Morte Acidental:

- a) **Certidão de Óbito (Cópia autenticada);**
- b) **Boletim de Ocorrência Policial emitido por autoridade policial;**
- c) **Laudo Necroscópico;**
- d) **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;**
- e) **Laudo de dosagem alcoólica, quando necessário;**
- f) **Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando o caso exigir;**
- g) **Certificado de Seguro (quando possuir).**

6.2 Invalidez Permanente Total por Acidente

Garante, até o limite do capital segurado estabelecido no Certificado do Seguro para esta garantia, o pagamento do saldo devedor do contrato de financiamento ou empréstimo pessoal firmado pelo segurado através do Estipulante, caso haja perda, redução, ou impotência funcional definitiva total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal 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 constatação, e que delas resultem em uma ou mais das seguintes perdas totais das funções ou membros:

- a) Visão de ambos os olhos;
- b) Uso de ambos os membros superiores;
- c) Uso de ambos os membros inferiores;
- d) Uso de ambas as mãos;
- e) Uso de ambos os pés;
- f) Uso de um membro superior e um membro inferior;
- g) Uso de uma das mãos e um dos pés;
- h) Alienação mental ou incurável.

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

Estão expressamente excluídos da Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Tufões, furacões, tornados, ciclones, maremotos, terremotos e erupções vulcânicas. As exclusões desta alínea não se aplicam aos segurados que por força de sua profissão e em seu exercício encontrem-se em atividade a bordo de navios e de outras embarcações aquáticas;**
- b) **Atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada;**
- c) **Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;**
- d) **Participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência à pessoa em perigo), em duelo, em crime ou em delitos;**
- e) **Viagens em meios de transporte de propriedade do segurado que não possuam em vigor autorização para transporte de passageiros, expedida pelas autoridades competentes, bem como seja dirigida sem a devida habilitação.**

Documentação necessária em caso de ocorrência de evento coberto:

- a) RG e CPF do Segurado (Cópia Autenticada);
- b) Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (Cópia Autenticada);
- c) Laudo do médico assistente, anexando os exames realizados pelo segurado;
- d) Laudo de dosagem alcoólica, quando necessário;
- e) Cópia do CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente automobilístico e desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável desde que conste no boletim de ocorrência policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- f) Inquérito Policial ou Peças do Inquérito, quando estes documentos forem fundamentais para a regulação do sinistro (Cópia);
- g) Certificado de Seguro (quando possuir).

Importante: Deverá ser encaminhada, impreterivelmente, cópia autenticada de todos os documentos solicitados, exceto os documentos originais solicitados.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6.3 Desemprego Involuntário

Em caso de Desemprego Involuntário do Segurado, é garantido o pagamento de até 04 (quatro) parcelas do contrato de financiamento ou empréstimo pessoal firmado pelo segurado através do Estipulante, até o limite do capital segurado estabelecido no Certificado do Seguro para esta garantia. **Deverá ser comprovado, na data do sinistro, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) e um período mínimo de 6 (seis) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador até a data de demissão, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.**

Haverá uma carência de 30 (trinta) dias e uma franquia de 30 (trinta) dias para esta cobertura.

O evento de Desemprego Involuntário com data de demissão anterior à data de término do período de carência de 30 (trinta) dias, não estará coberto pelo seguro. Nos eventos ocorridos após o período de carência, será aplicada a franquia de 30 (trinta) dias a contar da data da demissão, ou seja, nas parcelas do contrato de financiamento com vencimento dentro do período de franquia deverão ser pagas pelo próprio segurado.

Não estão cobertos por esta garantia os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Renúncia ou demissão voluntária do trabalho;**
- b) **Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;**
- c) **Demissões ocorridas nos primeiros 30 (trinta) dias de vigência do seguro;**
- d) **Jubilção, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- e) **Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;**
- f) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- g) **Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- h) **Falência;**
- i) **Campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês.**

- j) **Demissão por qualquer motivo seguida da contratação pelo mesmo ou outro empregador, dentro do prazo de 30 (trinta) dias do desligamento;**
- k) **Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período.**

Documentação necessária em caso de ocorrência de evento coberto:

- a) Cópia do RG e CPF (cópia autenticada);
- b) Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: da foto, da qualificação civil, da página do contrato de trabalho, admissão e demissão, da página anterior a do contrato de trabalho, da página posterior do contrato de trabalho, e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver (cópia autenticada);
- c) Comprovante de recebimento do Seguro Desemprego (cópia autenticada);
- d) Termo de rescisão de Contrato de Trabalho homologado pela autoridade competente ou Sindicato (cópia autenticada);
- e) Inscrição no INSS e respectivas guias de recolhimento, quando se tratar de empregado doméstico (cópia autenticada);
- f) Comunicado de dispensa de trabalho.

Importante: Deverá ser encaminhada, impreterivelmente, cópia autenticada de todos os documentos solicitados, exceto os documentos originais solicitados. A cópia da Carteira de Trabalho (CTPS) deverá ter data de autenticação superior a 30 (trinta) dias do desligamento.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6.4 Incapacidade Física Total e Temporária

Em caso de incapacidade física total e temporária do segurado, desde que este seja profissional liberal e/ou autônomo, que possua comprovação de renda ou atividade, em consequência de acidente coberto ou doença, que o impeça de realizar sua atividade profissional por um período superior a 15 (quinze) dias, é garantido o pagamento de até 04 (quatro) parcelas do contrato de financiamento ou empréstimo pessoal firmado pelo segurado através da Estipulante, até o limite do capital segurado estabelecido no Certificado do Seguro para esta garantia. **Para fins desta garantia, estará coberta a ocorrência de no máximo 2 (dois) eventos durante o prazo de vigência do seguro, devendo haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade temporária e outro.**

Haverá uma carência de 30 (trinta) dias e uma franquia de 15 (quinze) dias para esta cobertura.

O evento de Incapacidade Física Total e Temporária com data de caracterização pelo médico anterior à data de término do período de carência de 30 (trinta) dias, não estará coberto pelo seguro. Nos eventos ocorridos após o período de carência, será aplicada a franquia de 15 (quinze) dias a contar da data de caracterização pelo médico, ou seja, nas parcelas do contrato de financiamento com vencimento dentro do período de franquia deverão ser pagas pelo próprio segurado.

A carência não se aplica aos eventos decorrentes de acidente coberto.

Não estão cobertos por esta garantia os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Incapacidades, doenças, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os**

afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela conseqüentes;

- b) Gravidez, parto ou aborto e suas conseqüências;**
- c) Hospitalização para a realização de exames de rotina;**
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- f) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- h) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes.**

Documentação necessária em caso de ocorrência de evento coberto:

- a) Cópia do RG e do CPF (cópia autenticada);
- b) Laudo médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, tempo previsto de incapacidade com indicação do início do tratamento (deverá constar no relatório história evolutiva do quadro a que foi submetida à cirurgia ou ao procedimento realizado);
- c) Cópia dos resultados de exames que comprovem o evento;
- d) Cópia do documento comprobatório de ser autônomo/liberal (Comprovante de recolhimento do INSS ou declaração do imposto de renda, ou Carnê Leão ou Recibo de Pagamento Autônomo - RPA);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência, quando aplicável;
- f) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência (original).

Importante: Deverá ser encaminhada, impreterivelmente, cópia autenticada de todos os documentos solicitados, exceto os documentos originais solicitados.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

6.5 Incapacidade Física Total e Temporária por Internação Hospitalar

Em caso de incapacidade física total e temporária por internação hospitalar do segurado, desde que este seja profissional liberal e/ou autônomo (sem comprovação de renda ou atividade), em conseqüência de acidente coberto ou doença, que o impeça de realizar sua atividade profissional e que acarrete em Internação Hospitalar, por um período contínuo e superior a 5 (cinco) dias, e que na data de pagamento da parcela este estado se mantenha, é garantido o pagamento de até 04 (quatro) parcelas do contrato de financiamento ou empréstimo pessoal firmado pelo segurado através do Estipulante, até o limite do capital segurado estabelecido no Certificado do Seguro para esta garantia. **Para fins desta cobertura, estará coberta a ocorrência de no máximo 2 (dois) eventos durante o prazo de vigência do seguro, devendo haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade temporária e outro.**

Haverá uma carência de 30 (trinta) dias e uma franquia de 5 (cinco) dias para esta cobertura.

O evento de Incapacidade Física Total e Temporária por Internação Hospitalar com data da internação hospitalar anterior à data de término do período de carência de 30 (trinta) dias, não estará coberto pelo seguro. Nos eventos ocorridos após o período de carência, será aplicada a franquia de 5 (cinco) dias a contar da data da internação, ou seja, nas parcelas do

contrato de financiamento com vencimento dentro do período de franquia deverão ser pagas pelo próprio segurado.

A carência não se aplica aos eventos decorrentes de acidente coberto.

IMPORTANTE: As garantias de Incapacidade Física Total e Temporária e garantia de Incapacidade Física Total e Temporária por Internação Hospitalar não se acumulam.

Não estão cobertos por esta garantia os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Tratamentos clínicos não éticos ou ilegais;**
- b) **Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;**
- c) **Epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- d) **Qualquer lesão intencionalmente praticada pelo próprio segurado;**
- e) **Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal (check-up);**
- f) **Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas a ela;**
- g) **Hospitalizações quando o segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- h) **Cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle de natalidade e suas consequências;**
- i) **Cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos, salvo as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência do seguro;**
- j) **Hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;**
- k) **Quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas aquelas conseqüentes à ação do álcool, de drogas ou entorpecentes de uso fortuito, ocasional ou habitual e/ou emocional (stress);**
- l) **Gravidez, parto, aborto (provocado ou não) e suas conseqüências;**
- m) **Internações hospitalares decorrentes de condições médicas preexistentes à contratação do seguro.**

Documentação necessária em caso de ocorrência de evento coberto:

- a) **Cópia do RG e do CPF (cópia autenticada);**
- b) **Laudo médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, tempo previsto de incapacidade com indicação do início do tratamento (deverá constar no relatório história evolutiva do quadro a que foi submetida à cirurgia ou ao procedimento realizado);**
- c) **Cópia dos resultados de exames que comprovem o evento;**
- d) **Cópia do Boletim de Ocorrência, quando aplicável;**
- e) **Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência (original);**
- f) **Documento original fornecido pelo hospital comprovando a internação;**
- g) **Relatório médico comprovando e descrevendo o evento (original, com CRM).**

Importante: Deverá ser encaminhada, impreterivelmente, cópia autenticada de todos os documentos solicitados, exceto os documentos originais solicitados.

Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

7. Normas Gerais do Seguro

7.1 Aceitação do Seguro

A aceitação do seguro será automática no momento da contratação do seguro, desde que o proponente tenha no mínimo de 18 (dezoito) e no máximo 69 (sessenta e nove) anos completos na data de adesão ao seguro e que se encontre em boas condições de saúde, e em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço. Estando estas condições declaradas pelo segurado na Proposta de Adesão na data da contratação do seguro, a seguradora processará automaticamente a sua aceitação.

As propostas de adesão em que o proponente não se enquadre nas condições de aceitação acima, serão automaticamente recusadas pela Seguradora, e informadas ao proponente no momento da contratação do seguro, não cabendo qualquer análise complementar para análise de risco ou alteração da proposta de adesão.

O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

7.2 Início de vigência

O início de vigência do seguro dar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data da assinatura da Proposta de Adesão e do Contrato de Financiamento, firmado pelo segurado através da Estipulante na mesma data.

7.3 Prazo de vigência

O seguro vigorará pelo mesmo prazo de vigência do contrato de financiamento, terminando sua vigência, na data de vencimento do aludido contrato. O seguro será cancelado no caso de morte ou invalidez total por acidente do segurado.

7.4 Capital Segurado

O capital segurado em caso de ocorrência de evento coberto por este seguro será o valor correspondente a Importância Segurada indicada no Certificado de Seguro.

7.5 Devolução de Prêmio

Este plano de seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de Prêmio pago pelo Segurado.

7.6 Custeio do Seguro

O prêmio do seguro será totalmente custeado pelo segurado, e poderá ser pago de forma única ou fracionado no mesmo prazo de pagamento do contrato de financiamento ou empréstimo pessoal.

7.7 Âmbito geográfico de cobertura

Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7.8 Beneficiários

O beneficiário deste seguro será o Agente Financiador cedente do financiamento para o Segurado.

7.9. Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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.

7.10 Cancelamento do Seguro

a) 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:

I – Tentativa do segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

II – Ocorrências de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;

III – Se o segurado agravar intencionalmente o risco;

IV -Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora cancelará o seguro automaticamente, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, salvo na hipótese de ocorrência de sinistro, em que o cancelamento ocorrerá após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

b) Além das situações mencionadas anteriormente, o Seguro estará cancelado:

I - Com a morte do segurado ou invalidez permanente total por acidente do Segurado;

II - Falta de pagamento do prêmio;

III - Com solicitação expressa do Segurado nesse sentido em qualquer momento, estando o seguro cancelado após 30 (trinta) dias da comunicação expressa do segurado, se do prêmio pago até a efetivação do cancelamento houver correspondente risco a decorrer a Seguradora restituirá proporcionalmente o valor ao Segurado.

7.11 Modificação de apólice

Qualquer alteração da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.12 Condições para Pagamento de Indenização

Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro e estando o mesmo em vigor, na data da caracterização do evento, a Seguradora após o recebimento dos documentos/elementos comprobatórios do evento ocorrido em circunstâncias cobertas pelas presentes Condições Gerais, efetuará o pagamento da indenização correspondente ao capital segurado da garantia afetada pelo sinistro.

De posse dos documentos necessários para indenização conforme descrito nestas Condições Gerais, de acordo com cada garantia, o reclamante deverá entrar em contato com a Central de Atendimento no Phone Centre da seguradora pelo telefone 0800 701 5858 e confirmar a documentação a ser enviada, bem como, o local de entrega.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentação necessária para o recebimento da indenização correrão por conta dos interessados, salvo as realizadas diretamente pela Seguradora, a quem cabe, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando à plena elucidação da ocorrência do evento.

Encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários a liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o evento, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização solicitada.

A liquidação do sinistro ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências descritas nas Condições Gerais, por parte do reclamante. Na eventualidade de necessitar de documentos complementares, este prazo será suspenso, reiniciando a contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

Na hipótese de não cumprimento do prazo indicado acima, para o pagamento do sinistro, o valor estará sujeito a atualização monetária pela variação com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, ou outro índice que vier a substituí-lo. No caso do não cumprimento estabelecido nesta cláusula, a Seguradora fica sujeita ao pagamento de juros moratórios pela taxa que estiver em vigor para a Mora do pagamento de Impostos devido à Fazenda Nacional, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.

7.13 Perda de Direito as Coberturas

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) Declarações falsas ou incompletas, omitindo circunstâncias que pudessem influir na Proposta de Adesão do seguro ou no prêmio;**
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;**
- d) Falta de pagamento do prêmio.**

7.14 Prescrição do Seguro

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

7.15 Foro

Na eventualidade de qualquer medida judicial relativa ao contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário.

Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto acima.

CORRETOR DE SEGUROS

O corretor de seguros é HSBC Corretora de Seguros (Brasil) S.A. Código SUSEP: 02891810063860

GARANTIA DO SEGURO

Este seguro é garantido pela HSBC Seguros (Brasil) S.A. – Processo SUSEP Nº 15414.003057/2004-16

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.