

Este texto contém um breve resumo das Condições do produto Renda Mais Segura Cetelem. As condições gerais, especiais e particulares na íntegra, encontram-se a disposição por meio da Central de Atendimento ao Segurado:4004-7990 para capital e 0800 7041166 para demais regiões

1. OBJETIVO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao beneficiário, até o limite das respectivas importâncias seguradas, quanto aos prejuízos resultantes da ocorrência dos eventos previstos nas coberturas descritas no Certificado do Seguro. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: É o evento com data, caracterizada exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa que tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do segurado.

Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro entre a Seguradora e o Estipulante.

Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este Seguro, conforme previsto na Apólice, Certificado Individual e/ou Condições Particulares.

Beneficiário: É a pessoa favorecida pela ocorrência do sinistro.

Boa Fé: É o princípio básico de qualquer contrato, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas, que devem agir com a máxima honestidade sob fiel cumprimento ao contrato e às leis.

Capital Segurado: É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste Seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

Carência: período de tempo, contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual a sociedade seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória e estará especificada em cada cobertura.

Certificado Individual: É o documento legal emitido em favor e em nome do Segurado, após sua aceitação do Seguro, que contém coberturas, limites, vigências e prêmios.

Coberturas / Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento / sinistro.

Condições Especiais: São condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura e garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações tanto da Seguradora quanto do Segurado, do Estipulante e dos Beneficiários deste seguro.

Condições Particulares: São as condições que particularizam o contrato, indicando o seu objeto, valor do Seguro, características, etc. As Condições Particulares são exclusivas para cada contrato de comercialização de um determinado plano de seguro, ao contrário das Condições Gerais.

Corretor: É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

Doença: Qualquer perturbação involuntária das funções orgânicas, físicas e mentais, não devida a acidentes, que requeira acompanhamento e/ou tratamento médico tendo como consequência direta o afastamento do Segurado de todas as atividades remuneradas que exerça.

Estipulante: É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Seguro, ficando responsável por representar os Segurados perante a Seguradora.

Evento / Sinistro: É o acontecimento futuro, incerto, involuntário, possível, de natureza súbita, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizável pelas garantias contempladas por este seguro.

Franquia: É o período ou valor total ou parcial que isenta a responsabilidade indenizatória da Seguradora e estará especificada em cada cobertura.

Grupo Segurado: Constituído pelos Componentes do Grupo Segurável que foram incluídos neste Seguro.

Grupo Segurável: Constituído pela totalidade dos Componentes Principais e dos Dependentes.

Incapacidade Temporária: É a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença ou acidente pessoal cobertos, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.

Indenização: É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou aos seus Beneficiários em decorrência de um evento coberto por este Seguro.

Limite de Diárias: É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.

Prêmio: É o valor pago à Seguradora, pelo Estipulante ou Segurado, para que assumam as responsabilidades pelas garantias contratadas.

Seguradora: É a ACE SEGURADORA S.A., a qual se responsabilizará pelas garantias deste seguro.

Segurados: São os componentes do Grupo Segurado.

Vigência: É o período de tempo fixado para a validade do seguro ou das garantias.

3. COBERTURAS / GARANTIAS

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor fixo diário, pagável a cada dia de afastamento do Segurado, limitado a 30 (trinta) diárias, conforme estipulado no Certificado de Seguro, em virtude de sua incapacidade temporária, causada por acidente pessoal ou doença cobertos, ficando o segurado incapaz de exercer suas atividades profissionais, por um período superior a franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, durante o período de vigência da apólice. Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por incapacidade temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o limite de diárias estabelecido. Carência: 60 (sessenta) dias para os eventos decorrentes de Doença. Franquia: 03 dias a cada novo evento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos decorrentes 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, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, rebelião, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes; c) atos ilícitos ou dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro; d) quaisquer alterações mentais, incluídas as decorrentes de consumo de álcool, de entorpecentes, de substâncias tóxicas ou de drogas, a menos que estas tenham sido objeto de prescrição médica para o tratamento recomendado por médico legalmente habilitado; e) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada; f) competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios; g) furacões, ciclones, terremotos,

maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza, desde que não explicitamente coberto por este seguro;

Não obstante os descritos nos itens acima estarão cobertos por este seguro os sinistros em consequência da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

EXCLUSÕES ESPECÍFICAS: Para fins de aplicação das Condições Especiais estão excluídas, além dos eventos já relacionados no item 4. Riscos Excluídos, os eventos a seguir:

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: a) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.); b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade; c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto; d) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados; e) Doenças preexistentes à contratação deste seguro, exceto as declaradas no Cartão-Proposta; f) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas; g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia; h) Epidemias oficialmente declaradas; i) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice; j) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas.

5. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início da cobertura descrito no Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou da data do pagamento da primeira parcela do prêmio. Este seguro terá vigência de até 05 (cinco) anos e poderá ser renovada automaticamente uma única vez por igual período, desde que haja o pagamento do prêmio. As renovações posteriores poderão ser feitas desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados. No início do contrato e a cada renovação serão enviados novos Certificados Individuais. Caso a ACE SEGURADORA S.A. não tenha interesse em efetuar a renovação automática do certificado, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta dias) que antecedam o final da vigência da apólice. A cobertura de cada Segurado cessa no final do prazo de vigência do certificado, se esta não for renovada,

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura deste Seguro cessa ainda:

a) por solicitação da Seguradora, mediante aviso prévio por escrito de 30 (trinta) dias; b) imediatamente, quando da constatação da perda do direito pelo Segurado; c) a qualquer tempo mediante solicitação do Segurado, desde que feito por escrito à Seguradora, com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência;

6. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio será mensal através da fatura do segurado.

O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados enseja a tolerância automática do direito às Coberturas estabelecidas na apólice, a partir do primeiro dia útil de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança. Durante o período de tolerância, caso ocorra um evento coberto, o Segurado terá direito às indenizações, entretanto o valor do(s) prêmio(s) em aberto será (ão) cobrado(s) retroativamente e deduzido(s) do valor total da indenização. Após 90 (noventa) dias corridos de inadimplência, o Seguro será automaticamente cancelado, devendo o prazo de vigência ser ajustado em função do prêmio já pago, sendo o Segurado notificado com antecedência mínima de 10 (dez) dias corridos antes do término do referido prazo. A atualização dos valores do Capital Segurado e dos Prêmios relativos a este seguro dar-se-á anualmente no aniversário do seguro individual pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), tomando-se por base, nas datas anuais de

reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado. A aplicação do reajuste anual é facultada à Seguradora. Na hipótese de extinção do índice IGP-M será utilizado o IPCA/IBGE.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO / INDENIZAÇÃO

Vigente o Seguro, caberá ao Segurado ou Beneficiário comunicar a Seguradora no menor espaço de tempo possível. Posteriormente deverá ser encaminhada a seguinte documentação: a) Carta comunicando de forma detalhada o ocorrido e os prejuízos sofridos, e assinado com firma reconhecida do Segurado, Beneficiário ou Representante Legal; b) Cópia Autenticada do Registro Geral (RG) do Segurado; c) Cópia Autenticada do Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) do Segurado; d) Cópia Autenticada do Comprovante de Residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s), quando for o caso; e) Cópia Autenticada do Pagamento do Seguro; f) Dados bancários completo do(s) Beneficiário(s) do seguro; g) Declaração da existência ou não de outros seguros. Em caso positivo, indicar a Seguradora e o número da Apólice.

A documentação retro mencionada será acrescida ainda, impreterivelmente, da documentação específica de cada cobertura.

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: a) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.

O simples comunicado do sinistro não implica no início da contagem do prazo para análise administrativa do processo, uma vez que esta fica condicionada ao encaminhamento de toda documentação solicitada pela Seguradora. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do Sinistro correrão por conta do Segurado ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora. As indenizações, se devidas, serão pagas no Brasil, em moeda nacional, no prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários a comprovação ou elucidação do evento. Vencido este prazo, os valores das indenizações devidas serão atualizados pelo Índice Geral de Preços (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), da data do evento até a data do efetivo pagamento pela Seguradora. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido. A Seguradora se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos, além dos mencionados neste Resumo, mediante dúvida fundada e justificável, ocasião em que o prazo será suspenso, reiniciando-se quando da respectiva entrega da documentação solicitada de todos os documentos exigidos. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

Haverá a perda do direito à indenização quando se verificar: a) inexactidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão que tenham influenciado na aceitação do seguro e no cálculo do prêmio; b) inobservância das obrigações convencionadas na apólice, que acarretem agravação do risco coberto; c) dolo, má-fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas conseqüências; d) por qualquer meio ilícito procurar obter benefícios do presente contrato; e) impedimento, dificuldade ou tentativa de qualquer forma a realização de exame ou diligência da Seguradora na elucidação do evento e suas conseqüências; f) inexactidão ou omissão nas declarações que não resulte de má-fé do Segurado, a Seguradora na hipótese de não ocorrência do sinistro, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível; g) o silêncio por má-fé do Segurado, em todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto;

8. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São obrigações do Estipulante, repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, restituir prêmio ao Segurado quando for o caso. O não repasse dos prêmios à Seguradora pelo Estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará suspensão ou cancelamento da cobertura. A Seguradora é obrigada a informar ao Segurado a situação de adimplência do estipulante, sempre que lhe solicitado.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

a) Nº Processo SUSEP: 10.002766-00-19

b) Nº Apólice: 10.82.82.0000812-12

c) Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem qualquer devolução dos prêmios pagos pelo Segurado, nos termos da apólice.

d) Qualquer alteração que implique em ônus e obrigações adicionais para os Segurados deverá se dar mediante anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo Segurado, salvo em caso de cancelamento do seguro. As alterações que não tragam ônus podem ser efetuadas a qualquer tempo.

e) Este seguro é garantido pela ACE Seguradora S.A. – CNPJ: 03.502.099/0001-18, administrado pela Willis Affinity Corretora de Seguros Ltda., CNPJ: 30.816.391/0001-88, Código SUSEP é 058926.1.006238-3 e Estipulada pela Cetelem Promotora de Negócios Ltda., CNPJ: 05.071.186/0001-93.

f) Os clientes e Segurados poderão consultar a situação do seu corretor de seguros através do site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CPF ou CNPJ.

g) Fica eleito o foro do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas que corram da execução das Condições Gerais.

h) Em caso de dúvidas e/ou demais questões relacionada a esse seguro, contate nossa ouvidoria através do endereço eletrônico ouvidoria@acegroup.com.

i) O Segurado declara ter ciência e autoriza que a ACE Seguradora S.A. contate-o através de qualquer meio de comunicação (seja telefone fixo ou móvel, e-mail, envio de mensagens SMS, entre outros).

Quadro para impressão dos dados variáveis no certificado:

Coberturas	Importância Segurada
Diária de Incapacidade Temporária	Até 30 dias de R\$ 100,00
Prêmio Mensal do Seguro	R\$ 11,90

Texto para impressão no certificado:

SORTEIOS MENSAIS

A ACE Seguradora S/A é proprietária de Títulos de Capitalização emitidos pela SUL AMERICA CAPITALIZAÇÃO S.A. - SULACAP - CNPJ: 03.558.096/0001-04, conforme processo SUSEP 15414.000856/2005-11, que lhe permitem concorrer a prêmios de sorteios com o número da sorte indicado abaixo. Você receberá gratuitamente a cessão do direito de

participação no sorteio mensal de R\$ 10.000,00 (dez mil Reais) – valor do prêmio do sorteio, bruto de imposto de renda (25%). Os sorteios serão lastreados por títulos de capitalização emitidos pela SUL AMERICA CAPITALIZAÇÃO S.A. - SULACAP - CNPJ: 03.558.096/0001-04. Os sorteios serão apurados pelas extrações da Loteria Federal do Brasil, 1 (um) por mês, no último sábado de cada mês, a partir do mês seguinte ao da adesão ao plano de Seguro. Será contemplado o Título, vigente na data do Sorteio, cujo número da sorte coincida da esquerda para a direita, com o número da coluna formada pelos algarismos da unidade simples dos cinco primeiros prêmios da loteria federal lidos de cima para baixo, conforme o seguinte exemplo:

Primeiro Prêmio	48.397	Número sorteado: 73.950
Segundo Prêmio	63.263	
Terceiro Prêmio	15.279	
Quarto Prêmio	23.755	
Quinto Prêmio	18.020	

A abrangência da promoção é nacional. O segurado só terá direito ao recebimento do prêmio do sorteio se estiver rigorosamente em dia com o pagamento do seguro. O início da promoção será a partir do mês imediatamente seguinte ao mês em que efetuar o primeiro pagamento do prêmio do seguro, sendo que a promoção continuará vigente enquanto o segurado estiver pagando o respectivo seguro. A extração da Loteria Federal do Brasil poderá ser acompanhada através do site: http://www1.caixa.gov.br/loterias/loterias/federal/federal_resultado.asp, bem como em toda Loteria Federal do Brasil. O contemplado no sorteio será avisado através de telefonema, telegrama, e-mail ou SMS (quando possível).

ASSISTÊNCIA 2ª OPINIÃO MÉDICA

A Segunda Opinião Médica é um parecer a respeito do diagnóstico, conduta ou prognóstico relativo a um caso clínico, emitido por especialista (consultor) a pedido de outro médico (solicitante) ou pelo próprio usuário, baseado em todas as informações e exames encaminhados à Central de Atendimento. O serviço possibilita o rápido contato entre qualquer médico e uma equipe de consultores, constituída pelas mais notórias autoridades médicas em todos os campos da Medicina. A Central de Atendimento para Segunda Opinião Médica opera de segunda a sexta, das 8:00h às 18:00h.

PATOLOGIAS E SITUAÇÕES SUJEITAS À 2ª OPINIÃO MÉDICA: A Segunda Opinião Médica será emitida com relação a qualquer doença considerada justificadamente grave pelo médico assistente do usuário a fim de contribuir no estabelecimento de sua conduta, ante:

- Incerteza quanto à exatidão do diagnóstico por parte do médico ou do paciente (usuário) depois de realizados todos os procedimentos clínicos e laboratoriais cabíveis.
- Divergência entre especialistas com relação ao tratamento adequado.

SIGILO E ÉTICA MÉDICA: A interferência de um segundo profissional na abordagem de um caso clínico envolve inúmeras implicações de ordem ética. Tanto os dados do usuário, sujeito da prestação de serviços descrita, quanto a Segunda Opinião só são acessados pelos médicos envolvidos no caso. A Segunda Opinião é procedimento absolutamente ético. Não deve ser confundida com a tele-consulta, prática condenável sob o prisma da ética médica. É um parecer dado de um médico para outro médico (ou usuário), pressupondo que este já procedeu todos os itens obrigatórios da anamnese e agora os transmite ao colega consultor. A equipe de consultores é constituída por profissionais de notório saber dentro de todas as especialidades médicas. Esses médicos, além de

incontestável competência nas suas áreas, gozam de ilibado conceito quanto à sua conduta ética, qualidades essas avaliadas continuamente pelos próprios colegas solicitantes. O médico consultor emite o parecer em função dos dados que lhe são apresentados, se os julgar bastantes para isso. Ele pode abster-se de pronunciar-se ante a insuficiência dos dados a que tem acesso. Pode solicitar novas informações. Pode até mesmo concluir que não deve opinar sem o exame direto do paciente. Neste caso, e se o médico solicitante não dispensar a opinião do consultor, o paciente deverá ser encaminhado para um contato direto com o consultor – não se trata mais de uma Segunda Opinião, porém de uma nova consulta, cujos custos e despesas correrão exclusivamente por conta do usuário.

EQUIPE PROFISSIONAL: A equipe profissional conta com especialistas brasileiros, reconhecidos e de notório saber nas especialidades médicas especificadas. O parecer de incontestes autoridades do exterior merece toda consideração. Entretanto, não se pode deixar de mencionar que existe todo um cortejo de moléstias peculiares ao nosso meio. Ainda, deve-se considerar o contexto familiar, social, econômico, cultural e emocional do paciente brasileiro, totalmente diverso daquele de um europeu ou norte-americano, por exemplo. A abordagem desses casos deve contar com todas as condições e recursos existentes e factíveis no nosso meio - muitas vezes bem diferentes daqueles encontrados no exterior.

PRAZO: Após a confirmação do recebimento do processo pela Central de Atendimento, a Segunda Opinião Médica será encaminhada ao médico ou usuário solicitante em até Cinco (cinco) dias úteis. Fatores imponderáveis e/ou de força maior podem atrasar o trânsito da informação: impedimento do profissional emissor da Segunda Opinião Médica por motivo de força maior, pane nos sistemas eletrônicos, acidentes imprevistos. Estes fatores, ocorrências inesperadas de ordem logística, não constituem regra, mas sim exceções. Nestas circunstâncias, a Central de Atendimento prestará todas as informações sobre o andamento do processo ao médico solicitante ou ao usuário.

Importante: Os custos de envio do processo à Central de Atendimento serão de responsabilidade do usuário. Os custos de envio para devolução do material e análise serão pagos pela Central de Atendimento, não havendo custo ao usuário/médico no momento da entrega.