









## **9. Cancelamento**

### **9.1. Fica automaticamente cancelado o contrato de seguro:**

- a) **A qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento, sem direito à devolução de prêmios pagos;**
- b) **Quando o Segurado solicitar, por escrito à Seguradora, sem direito a qualquer restituição de prêmio;**
- c) **Com o término de vigência do seguro;**
- d) **Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora;**
- e) **Quando o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, sem direito à restituição de prêmio;**
- f) **Em caso de inadimplemento do pagamento do seguro por 90 (noventa) dias, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga;**
- g) **Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;**
- h) **Com o vencimento da última parcela do Contrato de Financiamento ou com a sua quitação antecipada;**
- i) **Com a Morte ou a Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.**

## **10. Procedimentos em Caso de sinistro**

Na ocorrência do sinistro, o Segurado ou um de seus representantes deverá encaminhar para a Seguradora, através da Caixa Postal nº 11360-3 CEP: 05422-970 - São Paulo/SP, um comunicado com o nome completo do Segurado e pessoa para contato, DDD e telefone para contato, cópia simples do RG, CPF e comprovante de endereço do Segurado, acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento.

### **10.1. Documentos necessários**

**10.1.1. Cobertura de Morte:** Cópia autenticada da Certidão de óbito; em caso de morte acidental, cópia simples do Boletim de Ocorrência policial (BO), do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML e da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

**10.1.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:** Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de

invalidez; Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente; Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

### **10.1.3. Cobertura de Desemprego Involuntário:**

Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa, e página posterior em branco; Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

**10.1.3.1.** Para o recebimento da primeira indenização, a data da autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ser superior a 31 (trinta e um) dias da data do desligamento, para verificação do cumprimento da franquia. Para o recebimento das demais parcelas da indenização, o Segurado deverá encaminhar mensalmente à Seguradora nova cópia da página da admissão e dispensa e página posterior em branco da carteira de trabalho, com data de autenticação não superior a 15 (quinze) dias do vencimento da próxima parcela coberta pelo seguro.

### **10.1.4. Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária:**

Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento; Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária; Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável; Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, que pode ser a última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou; Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.

### **IMPORTANTE:**

**10.1.5. Caso o Estipulante receba qualquer dos documentos supracitados, será responsável pelo seu devido encaminhamento à Seguradora.**

**10.1.6. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.**

**10.1.7. As despesas efetuadas com a**

**comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus beneficiários.**

**10.1.8. O atraso na entrega da documentação e/ou documentação incompleta poderá acarretar atraso no pagamento da indenização, e os encargos e juros decorridos serão de responsabilidade do Segurado.**

## **10.2. Pagamento de Sinistros**

**10.2.1.** Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação e informações ou esclarecimentos solicitados ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiários e que comprovem a ocorrência de sinistro coberto pela apólice e os prejuízos indenizáveis.

**10.2.2. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior será suspenso e reiniciado a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**

**10.2.3.** O pagamento da indenização de cada cobertura ao Estipulante terá por objetivo amortizar a dívida vigente na data do evento, contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

**10.2.4.** Para efeito do cálculo da indenização, a data de evento para a liquidação do sinistro será:

- a) Morte:** data da ocorrência do evento coberto;
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente:** data da ocorrência do acidente;
- c) Desemprego Involuntário:** a data do desligamento conforme a rescisão contratual;
- d) Incapacidade Física Total Temporária:** a data do afastamento indicada no relatório médico.

## **11. Perda da Indenização**

**Além dos casos previstos em lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Seguro ou no valor do prêmio de seguro; inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas conseqüências; falta de pagamento do prêmio de seguro.**

## **12. Prazo de Prescrição**

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **13. Âmbito Geográfico da Cobertura**

**13.1.** As coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente abrangem eventos

cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

**13.2.** As coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total Temporária abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

## **14. Foro**

Para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste contrato, prevalecerá o Foro de domicílio do segurado.

## **15. Disposições Gerais**

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

**15.2.** As partes se submetem às normas brasileiras do seguro e da presente apólice.

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

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

## **Seguradora**

Bradesco Vida e Previdência S.A. (1) CNPJ: 51.990.695/0001-37, processo SUSEP nº 15414.004673/2004-86, em operação de cosseguro com a Cardif do Brasil Vida e Previdência S.A. (2) CNPJ: 03.546.261/0001-08.

**Apólice nº 900193.**

## **Estipulante**

**Banco Bradesco S.A**  
CNPJ: 60.746.948/0001-12

## **Corretor de Seguros**

**Bradescor Corretora de Seguros**

CNPJ: 43.338.235/0001-09

nº registro na SUSEP 05.89.26.1.005877-7

Central de Atendimento  
**0800 725 0433**

Deficiente Auditivo  
**0800 725 0645**

Horário de Atendimento: Todos os dias - 24 horas