

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO PRESTAMISTA CAPITAL FIXO COLETIVO

Dezembro 2019

Sumário

1. DISPOSIÇÕES PREELIMINARES.....	4
2. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
3. DEFINIÇÕES.....	4
4. COBERTURAS DO SEGURO.....	12
5. RISCOS EXCLUÍDOS	14
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO	16
7. ACEITAÇÃO	17
8. VIGÊNCIA	19
9. RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	20
10. CAPITAL SEGURADO	21
11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	21
12. BENEFICIÁRIOS.....	21
13. CUSTEIO DO SEGURO	22
14. PAGAMENTO DE PRÊMIO	22
15. PEDA DE DIREITOS.....	24
16. CARÊNCIA.....	25
17. FRANQUIA.....	26
18. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	26
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	27
20. PRAZO PRESCRICIONAL	28
21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	28
22. ALTERAÇÃO CONTRATUAL.....	33
23. ALTERAÇÃO DA APÓLICE	34
24. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS	34
25. SUB-ROGAÇÃO.....	35
26. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	35
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	35
28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	35
29. COMUNICAÇÃO	37
30. PRAZOS PRESCRICIONAIS.....	38
31. TRIBUTOS.....	38

32. FORO.....	38
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA POR MORTE (Básica).....	39
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	41
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	44
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	51
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES (DDG).....	54
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI).....	59
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)	62

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;

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 registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;

As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetida à SUSEP;

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;

Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado, **desde que o evento não se enquadre como “riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.**

3. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

3.1 Acidente Pessoal: 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, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

3.1.1 Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas 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 consequentes 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 microtraumas 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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, conforme definição do item 3.1.

3.2 Glossário de Termos Técnicos Complementar:

ACEITAÇÃO DO RISCO: Ato de aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida pelo segurado ou pelo corretor de seguros para a contratação do seguro.

AGRAVO MÓRBIDO: Piora de uma doença.

ALIENAÇÃO MENTAL: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local para a abrangência da cobertura do seguro.

APARELHO LOCOMOTOR: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: Documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

AVISO DE SINISTRO: Documento por meio do qual o Segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à Seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do Segurado.

BENEFICIÁRIO: O primeiro beneficiário do seguro é 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. Quando houver diferença entre a obrigação contratada e o saldo devedor, será considerado como segundo beneficiário o indicado no Certificado Individual, observado a cláusula de Beneficiários destas condições contratuais.

BOA-FÉ: Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos por ela amparados.

CAPITAL SEGURADO: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado

CAPITAL SEGURADO FIXO: Modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

CARDIOPATIA GRAVE: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento destinado ao segurado, emitido pela 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, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

CIRURGIA: Procedimento invasivo realizado em ambiente hospitalar e que, para efeito deste plano de seguro, imponha permanência no hospital superior a 24 horas, após realização do procedimento.

COBERTURA: Compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

COGNIÇÃO: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

COMISSÃO: É a percentagem sobre os prêmios recebidos com que as Seguradoras remuneram o trabalho de corretores de seguro.

CONDIÇÃO PREEXISTENTE: É a condição de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares e odontológicas ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

CONNECTIVIDADE COM A VIDA: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CÔNJUGE: É a(o) esposa(o) do Segurado(a). A(o) companheira(o) equipara-se ao Cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do Sinistro.

CONSUMPÇÃO: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

CONTRATO: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O Corretor de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao estipulante/Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ ou comunicação efetuada pela Seguradora.

COSSEGURO: Operação que consiste na repartição de um mesmo risco, de um mesmo Segurado, entre duas ou mais Seguradoras, sem responsabilidade solidária entre si.

CREDOR: Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: No caso da Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

DEAMBULAR: Ato de andar livremente.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: Perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

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

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA OU DEFICIÊNCIA PREEXISTENTE: Toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

DOENÇA CRÔNICA: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência com expectativa de morte eminente, conforme atestado pelo médico assistente do Paciente e desde que reconhecido pela Seguradora.

DOLO: Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENDOSSOS (OU ADITIVOS): É o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o Segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

ESTADOS CONEXOS: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel do credor ou do devedor nas operações do seguro prestamista.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

EXCEDENTE TÉCNICO: Saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.

FATORES DE RISCO E MORBIDADE: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

FORO: Refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

FRANQUIA: Período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

FRATURA ÓSSEA: É uma situação em que há perda da continuidade óssea, geralmente com separação de um osso em dois ou mais fragmentos, após um dos traumatismos.

FRAUDE: Obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

GRUPO SEGURADO: Totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: Totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

HÍGIDEZ: Estado saudável.

HOSPITAL: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar:

- a) Clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos;
- b) Local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;
- c) Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- d) Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais;
- e) Casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies;
- f) "Home care" (internação domiciliar).

HOSPITALIZAÇÃO: É a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação, de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

INDENIZAÇÃO: Valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE: É a perda, redução ou impotência funcional definitiva **total**, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

LAUDO MÉDICO: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

MÁ-FÉ: Agir, propositadamente, de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito.

MÉDICO: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

MÉDICO ASSISTENTE: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

MEIOS REMOTOS: Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

NEFRECTOMIA BILATERAL: Cirurgia de remoção de ambos os rins.

OBJETIVO DO SEGURO: É a designação genérica de qualquer interesse segurado, sejam coisas, pessoas, bens, responsabilidades, obrigações, direitos e garantia.

OBRIGAÇÃO: Produto, serviço 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.

OMISSÃO: No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período de validade devidamente discriminado na apólice.

PRÊMIO: Importância paga pelo segurado/estipulante à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

PRÊMIO GLOBAL: É a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

PRESCRIÇÃO: Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

PRESTADOR DE SERVIÇOS: Para fins deste instrumento, são atividades exercidas por profissionais não registrados, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.

PRO RATA TEMPORIS: Método para cálculo de prêmio de seguro com prazo inferior a um ano, efetuado com base no total de dias de vigência do mesmo.

PROGNÓSTICO: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

PROPONENTE: O interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento legal pelo qual o estipulante solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.

QUADRO CLÍNICO: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES AUTONÔMICAS: Entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

RISCOS EXCLUÍDOS: Os riscos, previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

SEGURADO: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. Para fins deste seguro, o segurado prestamista será sempre uma pessoa física que figure como responsável financeiro e, quando este responsável financeiro for uma pessoa jurídica de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade da pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro, sendo o seguro realizado sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade do segurado, de forma total ou parcial.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

SEQUELA: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO: É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.

SUSEP – SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

VIGÊNCIA: É o período pelo qual está contratado o seguro.

VÍNCULO: É a relação existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.

4. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas do seguro dividem-se em básica, de contratação obrigatória, e adicionais, de contratação opcional.

4.1 Cobertura Básica

4.1.1 Morte

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

4.2 Coberturas Adicionais

4.2.1 Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA

Garante ao Segurado ou seu representante legal o pagamento de uma indenização relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

4.2.2 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD

Garante o pagamento de indenização, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, que cause a perda da existência independente do Segurado, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

4.2.3 Diagnóstico de Doenças Graves - DDG

Garante ao Segurado ou seu representante legal o pagamento do capital segurado contratado, em caso de 1º (primeiro) Diagnóstico de Doenças Graves, durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições gerais, especiais e contratuais.

4.2.3.1 Riscos Cobertos

- Diagnóstico de Câncer;
- Derrame;
- Infarto Agudo do Miocárdio;
- Insuficiência Renal Crônica;
- Transplante de Órgãos Vitais.

4.2.4 Desemprego Involuntário - DI

Garante o pagamento de indenização, em caso de Desemprego Involuntário do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais;

4.2.5 Incapacidade Física Total e Temporária - IFTT

4.2.6 Garante o pagamento do capital segurado contratado, em caso de Incapacidade Física Total e Temporária do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais;

4.3 Condições para Contratação das Coberturas

4.3.1 As Coberturas são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação:

- a) Deverá ser contratada, obrigatoriamente, pelo menos a cobertura de morte (básica);
- b) Em nenhuma hipótese as Coberturas IPTA, IFPD, DDG, IFTT e DI, poderão ser contratadas isoladamente;
- c) As Coberturas, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado, de acordo com o plano de seguro contratado.

As Coberturas e os planos escolhidos pelo estipulante serão definidos por Contrato especificado na Apólice.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, 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, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;**
- d) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- e) **suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do código civil;**
- f) **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro.**
- g) **atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, quando se trata de seguros contratados por pessoa jurídica.**
- h) **eventos ocorridos em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

- i) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes 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;**
- j) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo;**
- k) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora 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 pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro.**
- l) eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- m) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- n) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas consequências surjam durante a sua vigência;**
- o) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa excetuando-se os casos de suicídio ou sua tentativa observado o disposto na alínea "e" desta cláusula;**
- p) tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;**
- q) choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- r) doações ou transplantes de órgãos ou tecidos;**
- s) parto ou aborto exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- t) qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- u) perda de dentes e danos estéticos;**
- v) direta ou indireta de quaisquer perturbações, intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- w) procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia;**
- x) a prática de atividade que não seja considerada esportiva por associações, federações ou mesmo comitês ou executada sem a utilização dos equipamentos de segurança, habilitação ou demais cuidados necessários;**
- y) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;**

z) viagens em aeronaves ou embarcações:

- que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
- dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

5.2 EMBARGOS E SANÇÕES

5.2.1. Estão excluídos da cobertura dessa Apólice todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

5.2.1.1. Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

5.2.2. Na hipótese do pagamento do capital segurado ao Primeiro Beneficiário (Credor) estar vedado nos termos da presente exclusão, esta parcela será tratada como risco excluído, não prejudicando, entretanto, os demais beneficiários livremente indicados pelo proponente ou, se não tiver sido feita tal indicação ou se por qualquer outro motivo não puder prevalecer esta escolha aos beneficiários referidos pelo art. 792 do Código Civil, na hipótese de saldo remanescente e desde que não se contraponha a regra estabelecida pela presente exclusão.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

6.1 A cobertura de Morte está coberta em qualquer parte do globo terrestre.

6.2 As coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD, Diagnóstico de Doenças Graves – DDG e Incapacidade Física Total e Temporária - IFTT estão cobertas quando constatadas e diagnosticadas em território brasileiro, contudo, o evento gerador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

6.3 Para a cobertura de Desemprego Involuntário – DI, estão cobertos apenas eventos ocorridos em Território Nacional Brasileiro.

7. ACEITAÇÃO

7.1. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na Proposta de Contratação e assinadas por este. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

7.1.2. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o estipulante deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

7.1.3. As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.

7.1.4. Podendo ainda a contratação ser realizada através de meios remotos.

7.2. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

7.2.1. No ato da contratação será obrigatório o preenchimento e a assinatura, pelo proponente, da Proposta de Adesão ao seguro, que será encaminhada à seguradora para análise de sua aceitação.

7.2.2. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

7.2.2.1. Pessoa Física

- a) Ter idade, na data da adesão ao seguro, entre as idades, limite mínima e máxima para contratação que serão definidas na especificação da apólice;
- b) Estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

7.2.2.2. Pessoa Jurídica

- a) Possuir relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade da pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro.
- b) O seguro deverá ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, através do preenchimento das respectivas propostas de adesão, observados os mesmos limites e condições apresentados no subitem 7.2.2.1 Pessoa Física acima.

7.2.3. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta de adesão, de que tomou ciência das Condições Gerais.

7.2.4. A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados.

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

7.2.5. Havendo inexatidão ou omissões nas declarações, ficará determinada a perda da cobertura, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, assunto melhor explicado na **CLÁUSULA - PERDA DE DIREITOS** destas condições gerais;

7.2.6. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

7.2.6.1. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme previsto na cláusula “Beneficiários”.

7.2.7. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão, alterações ou renovações do Proponente no seguro.

7.2.7.1. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

7.2.7.2. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros seguros com coberturas concomitantes.

7.2.7.3. Decorrido o prazo estipulado no subitem 7.2.7 sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta de adesão será considerada como automaticamente aceita.

7.2.7.4. Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data da formalização da recusa até a data da efetiva devolução.

7.2.7.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no subitem anterior.

7.2.8. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.

7.2.8.1.A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.

7.2.8.2.O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

7.2.9. A emissão ou renovação da apólice, do certificado ou do endosso individual será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta de adesão, a qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

7.2.10. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das Condições Gerais deste seguro.

8. VIGÊNCIA

8.1. O período de vigência do seguro estará atrelado ao prazo da obrigação, objeto do seguro, sendo este especificado na apólice e no Certificado Individual do seguro.

8.2. As apólices, os certificados individuais e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.3. Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou data distinta, mediante prévio acordo entre Segurado e Seguradora.

8.4. Caso a proposta seja recepcionada pela Seguradora, com adiantamento para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência, será a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.5. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual, ou em caso de extinção antecipada da obrigação, devendo, neste último caso, a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

8.6. Nos casos em que a obrigação perdurar por período indeterminado, o prazo de vigência deverá ser acordado entre as partes.

8.7. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original da obrigação relacionada ao presente seguro, a seguradora deverá ser comunicada e:

- a) 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 remanescente.**
- b) 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, observado o disposto na Cláusula “Aceitação da Proposta de Adesão”.**

8.8. O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da Apólice.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. Para os Seguros contratados na forma de pagamento mensal de prêmios, a Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, previamente estipulado na apólice, salvo se o Estipulante ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do final de vigência da Apólice.

9.1.1. A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

9.1.2. Na renovação da apólice será emitido pela seguradora a Apólice/Certificado Individual do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada cobertura contratada e o prêmio total.

9.1.3. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

9.1.4. Na hipótese de renovação que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, deverá haver anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

9.1.5. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice na data da renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

9.1.6. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

9.1.7. No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

9.2. Para os Seguros contratados na forma de pagamento do prêmio único, não haverá renovação.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1 Capital Segurado Fixo: Modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

10.2 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.**

10.2.1 Os capitais segurados poderão ser atualizados periodicamente considerando o contrato da obrigação assumida pelo segurado junto ao credor, mediante acordo entre as partes e especificados na apólice do seguro.

10.3 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do capital segurado:

- a) na garantia básica de morte – a data do falecimento;
- b) nas demais garantias, se contratadas – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Para as garantias de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Total por Doença e Diagnóstico de Doenças Graves não haverá a reintegração do capital segurado.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1 O primeiro beneficiário do seguro é 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.

12.2 Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

12.2.1 Nos casos de certificado de seguro com mais de um Segurado, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor que o valor a ser indenizado no seguro, a diferença apurada será paga aos próprios segurados ou ao segundo beneficiário indicado, respeitando a participação percentual de cada um.

12.3 Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

13. CUSTEIO DO SEGURO

13.1 O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributivo, parcialmente contributivo ou não contributivo, conforme indicado nas Condições Contratuais.

- a) Contributivo: Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- b) Parcialmente Contributivo: Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- c) Não Contributivo: Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1. O Prêmio do seguro poderá ser pago de forma única ou mensal, de acordo com o estabelecido na Apólice.

14.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente. O respectivo documento de cobrança será encaminhado ao segurado, ao seu representante legal, ou ao corretor do seguro, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

14.3. A data limite fixada para pagamento do prêmio única ou da primeira parcela, ou ainda, dos aditivos ou endossos, não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da data de sua emissão.

14.4. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar a vigência da Apólice.

14.5. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

14.6. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio, à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que ele se ache efetuado, o direito a indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até a data do vencimento.

14.7. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela até a data do vencimento, implicará no cancelamento automático do contrato de seguro ou aditivos ou endossos a ele referente, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.7.1. Em caso de atraso no pagamento do prêmio das demais parcelas, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, o Estipulante/Segurado será notificado para que regularize o(s) pagamento(s) no prazo máximo de 90 (noventa) dias, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente, sob pena de cancelamento da Apólice/Certificado Individual.

14.8. No período de mora no pagamento do Prêmio, haverá suspensão das coberturas, isto é, os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura. É vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão;

14.9. A reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da próxima fatura/parcela, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

14.10. Após 90 (noventa) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

14.11. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

14.12. O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

14.13. Para Seguros Coletivos de custeio contributivo, 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 à cominações legais.

14.14. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

15. PEDA DE DIREITOS

15.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO SE O ESTIPULANTE, SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL, OU SEU CORRETOR DE SEGUROS FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO.

15.2. O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO E RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO DECORRENTE DO PRESENTE CONTRATO QUANDO:

15.2.1. AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO;

15.2.2. DEIXAR DE CUMPRIR COM AS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE CONTRATO;

15.2.3. O SEGURADO, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DO SEGURO.

15.2.3.1. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA PODERÁ:

a) NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

i. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO;

ii. PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL;

b) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DE INDENIZAÇÃO:

i. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU

ii. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU RESTRINGINDO A GARANTIA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

c) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DA INDENIZAÇÃO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

15.3. O SEGURADO SERÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À INDENIZAÇÃO, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ:

15.3.1. A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE AO RECEBIMENTO DO AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, PODERÁ DAR-LHE CIÊNCIA, POR ESCRITO, DE SUA DECISÃO DE CANCELAR O CONTRATO OU, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA.

15.3.2. O CANCELAMENTO DO CONTRATO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADO PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

15.3.3. NA HIPÓTESE DE CONTINUIDADE DO CONTRATO, A SEGURADORA PODERÁ COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

15.4. ALÉM DAS OBRIGAÇÕES QUE POSSAM ESTAR PREVISTAS NAS DEMAIS CLÁUSULAS DESTE CONTRATO, O SEGURADO SE OBRIGA A SEGUIR AS CONDIÇÕES ABAIXO, SOB PENA DE SUSPENSÃO, RESCISÃO OU NULIDADE DO CONTRATO DE SEGURO:

15.4.1. REGISTRAR A OCORRÊNCIA DO SINISTRO JUNTO ÀS AUTORIDADES COMPETENTES QUANDO FOR O CASO;

15.4.2. FORNECER À SEGURADORA E FACILITAR O SEU ACESSO A TODA ESPÉCIE DE INFORMAÇÃO SOBRE AS CIRCUNSTÂNCIAS E CONSEQUÊNCIAS DO SINISTRO, BEM COMO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS À APURAÇÃO DOS PREJUÍZOS E DETERMINAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

15.4.3. ALÉM DAS OBRIGAÇÕES DESTA CLÁUSULA, O SEGURADO, EM CASO DE SINISTRO, DEVERÁ CUMPRIR AS INSTRUÇÕES DETERMINADAS NAS CONDIÇÕES DE CADA COBERTURA.

15.4.4. PAGAR EM DIA OS PRÊMIOS DO SEGURO FIXADOS NOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA DA SEGURADORA OU OUTRA FORMA PACTUADA;

15.5. O SEGURADO DEIXAR DE PARTICIPAR O SINISTRO À SEGURADORA, TÃO LOGO TOME CONHECIMENTO, E NÃO ADOTAR AS PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS PARA MINORAR SUAS CONSEQUÊNCIAS;

15.6. O NÃO CUMPRIMENTO, POR PARTE DO SEGURADO, DAS OBRIGAÇÕES E NORMAS ESTABELECIDAS NESTA CLÁUSULA, BEM COMO NESTAS CONDIÇÕES COMO UM TODO, PODERÁ ACARRETTAR A SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO, CONSOANTE A ANÁLISE PROCEDIDA PELA SEGURADORA.

16. CARÊNCIA

16.1 É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice/Certificado individual, ou do aumento do Capital Segurado, ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

16.2 Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este será definido contratualmente.

16.2.1 O limite máximo do prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

16.3 No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

16.4 Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

16.5 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

17. FRANQUIA

A Franquia, quando houver, será determinada nas Condições Especiais e Contratuais e descrita no Certificado individual.

18. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta dias).

18.2. Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base "pro-rata-temporis".

18.3. Na falta de pagamento do prêmio, conforme Cláusula "PAGAMENTO DO PRÊMIO" destas Condições Gerais, a apólice será cancelada automaticamente pela seguradora.

18.4. A Apólice não poderá ser cancelada durante a sua Vigência sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

18.5. A apólice será cancelada a qualquer tempo, pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais.

18.6. A Cobertura de qualquer certificado individual termina:

- a) No final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da Apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- c) Por falta de pagamento do prêmio, conforme a Cláusula "PAGAMENTO DE PRÊMIO" destas Condições Gerais;
- d) Com a extinção da obrigação ou compromisso a que o seguro está atrelado observado o disposto no subitem 8.4 da Cláusula Vigência do Seguro.

- e) Com a morte do segurado;
- f) Com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
- g) Com a cessação do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- h) Com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;
- i) POR PERDA DE DIREITO DO SEGURADO, situação em que o cancelamento será total, abrangendo todas as coberturas contratadas;
- j) Quando o Segurado, mediante solicitação por escrito à Seguradora, requerer o cancelamento do Seguro;
- k) Com o esgotamento do Capital Segurado contratado, ou seja, quando a Seguradora indenizar o valor total de capital segurado descrito na apólice/certificado individual, salvo disposição contrária.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa:

- a) Com a morte do Segurado;
- b) Com o pagamento da indenização da cobertura de invalidez permanente total por acidente;
- c) Com o pagamento da indenização da cobertura invalidez funcional permanente e total por doença;
- d) Com o pagamento da indenização da cobertura de Diagnóstico de Doença Grave;
- e) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada,
- f) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o credor;
- g) Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;
- h) Quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- i) Quando a obrigação for extinta, observado o disposto no subitem 19.4.

19.2 Na hipótese do Segurado e/ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

19.3 Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente.

19.4 Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, e devolvido o prêmio pago referente ao período a decorrer.

20. PRAZO PRESCRICIONAL

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

22.1. Condições básicas:

22.1.1. Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado, Beneficiário(s) ou seu Representante e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros ou por meio da Central de Atendimento, logo que o saiba(m).

22.1.2. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pelo referido departamento da Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.

22.2. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

22.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do segurado, beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

22.4. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

22.5. Documentos básicos em caso de Sinistros:

Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado, Beneficiário ou Representante por ocasião da comunicação do sinistro, deverá apresentar os seguintes documentos/informações:

22.5.1. Segurado:

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF (se Pessoa Física);
- Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, que deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu Beneficiário;
- Contrato do compromisso ou obrigação;
- Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro;
- Cópia do Comprovante de residência atualizado

22.5.2. Em caso de 2º Beneficiário:

I. País:

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Cópia do Comprovante de Residência atualizado.

II. Cônjuge:

- Cópia de Certidão de Casamento;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Cópia Comprovante de Residência atualizado.

III. Companheiro(a):

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Cópia do Comprovante de Residência atualizado;
- Cópia de Comprovação de Dependência na Carteira Profissional, União Estável ou Imposto de Renda, junto ao INSS.

IV. Filhos:

- Cópia da Certidão de Nascimento;
- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia de CPF;
- Comprovante de Residência atualizado.

22.5.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

22.5.4. Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das Coberturas contratadas.

22.5.5. Mediante dúvida fundada e justificada, a seguradora se reserva ao direito de solicitar cópia de outros documentos que venha a considerar necessário para liquidação do sinistro.

22.6. Perícia/Junta Médica

22.6.1. O segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica e técnica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar e/ou hospitalar e requerer e proceder exames, inclusive clínicos e cirúrgicos. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, a análise do sinistro e o relatório final, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

22.6.2. A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências sobre o caráter do evento, entre o médico assistente do segurado e o médico perito da seguradora.

22.6.3. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionados ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

22.6.4. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

22.6.5. 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.

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

22.6.7. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da Medicina.

22.6.8. Os casos de Invalidez Permanente deverão ser comprovados por Declaração Médica.

22.6.9. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

22.6.10. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização exceto para os casos de incapacidade temporária, caso em que os sintomas podem desaparecer após o restabelecimento do segurado, ainda que tenha havido, de fato, sinistro.

22.6.11. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22.7. Regulação de Sinistros

22.7.1. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a) Para a Cobertura de Morte, a data do falecimento;
- b) Para as Coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, a data do acidente;
- c) Para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Invalidez Laborativa Permanente por Doença tomar-se-á como data do sinistro a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica;

- d) Para a Cobertura de Desemprego Involuntário tomar-se-á como data do sinistro a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado;
- e) Na Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, tomar-se-á como data do sinistro a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária;
- f) Para as demais Coberturas, a data indicada nas respectivas Condições Especiais.

22.7.2. Para apuração e cálculo da indenização, quando aplicável, será deduzida a FRANQUIA devidamente discriminada no Certificado Individual/Apólice;

22.7.3. O valor a ser indenizado será de acordo com o valor do capital segurado vigente na data do evento, observado a cláusula “Capital Segurado”.

22.7.4. A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos limites máximos apresentados na apólice e no certificado individual, respeitados os capitais segurados para cada cobertura contratada.

22.7.5. Para o recebimento do capital segurado, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada a Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

22.7.6. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo os exames solicitados pela Seguradora ou de providências pela mesma determinadas.

22.8. Pagamento de Indenização

22.8.1. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o Sinistro for caracterizado como risco coberto por estas condições e estará limitado ao capital segurado contratado para cada cobertura.

22.8.2. Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, o número máximo de parcelas cobertas e as condições para manutenção do pagamento destas estarão especificados na apólice e no certificado

22.8.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados nas respectivas Condições Especiais, observado ainda os relacionados na Cláusula “ Procedimento em Caso de Sinistro”, subitem “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” destas Condições Gerais:

22.8.3.1. A relação de documentos específicos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista nas respectivas Cláusulas das Condições Especiais contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

22.8.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

22.8.5. Independentemente dos documentos listados nas Condições Especiais contratadas e os constantes das Condições Gerais, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

22.8.6. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar ao SEGURADO, BENEFICIÁRIO e/ou ESTIPULANTE, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo para liquidação de sinistros de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.8.7. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

22.8.8. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

22.8.9. A forma de pagamento da indenização será definida nas Condições Especiais;

22.8.10. Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA / IBGE quando não forem cumpridos os prazos exigidos em lei, considerando-se a seguinte data de exigibilidade abaixo:

- A data da ocorrência do evento

22.8.11. No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - INPC/IBGE.

22.8.12. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

22.8.13. Em caso de segundo beneficiário menor:

- a) Para beneficiários com idade superior a 14 (quatorze) e inferior a 16 (dezesesseis) anos, a indenização será paga em nome do beneficiário, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o beneficiário será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

- b) Para beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do beneficiário, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o beneficiário será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.**

22.8.14. Outras Situações:

Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

22.8.15. Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização da cobertura de Invalidez citada acima, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula - BENEFICIÁRIOS destas condições gerais.

22.8.16. Além dos documentos básicos citados no item 22.5 para análise dos sinistros deverão também ser encaminhados os documentos descritos nas condições especiais da cobertura reclamada.

22.8.17. Recusa de Sinistro

22.8.18. Quando a Seguradora recusar um sinistro, deverá comunicar os motivos da recusa ao Segurado por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.

22. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

23.1. Os seguros contratados sob a forma de pagamento de prêmio mensal estarão sujeitos ao recálculo anual do prêmio em função das alterações da idade média do grupo segurado. A seguradora reserva-se o direito de recalculá-lo e alterá-lo antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante, caso venha ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influir na taxa tornando-a inviável ou prejudicial ao equilíbrio técnico-atuarial da apólice, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

23.2. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à Apólice e a modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

23.3. Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

23.4. As alterações na Apólice de Seguro em vigor deverão ser realizadas por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

23.5. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

23.6. Os seguros contratados sob a forma de pagamento de prêmio único não estarão sujeitos ao recálculo do prêmio em função das alterações da idade média do grupo segurado.

23. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes, desde que observadas as disposições da Cláusula “Capital Segurado” destas Condições Gerais.

24.2. Excetuando-se os casos previstos na Cláusula “Capital Segurado” e da Cláusula “Atualização de Valores e Atualização das Obrigações Pecuniárias” destas Condições Gerais, qualquer outra alteração na apólice do seguro não será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada e mediante concordância das partes contratantes.

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

24.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

24. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS E ENCARGOS MORATÓRIOS

24.1 O Capital Segurado, bem como, o Prêmio deste seguro serão atualizados anualmente, pela aplicação do percentual de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

24.2 As demais obrigações pecuniárias serão atualizadas com base no Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) a partir da data em que se tornarem exigíveis.

24.3 No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará aquele definido pelo Conselho Monetário Nacional – CMN como índice de preços relacionado às metas de inflação.

24.4 As partes poderão optar por outro índice de atualização monetária, desde que autorizado pelos órgãos competentes, devendo tal disposição constar contratualmente.

24.5 Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas nesta Cláusula serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

24.6 A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

24.7 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

25. SUB-ROGAÇÃO

No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

26. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao Segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante, a este título, inclusive em caso de suicídio do Segurado

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

O Seguro somente poderá ser contratado através de Estipulante, e neste caso, constituem como suas obrigações:

29.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

29.2. Em atendimento a legislação em vigor, os dados cadastrais devem conter:

29.2.1. Se Pessoa Física:

- a) Nome completo;
- b) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, CPF;

- c) Natureza e número do documento de identificação, com o órgão expedidor e data da expedição;
- d) Endereço completo com número de telefone

29.2.2. Se Pessoa Jurídica:

- a) A denominação ou razão social;
- b) Atividade principal desenvolvida;
- c) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Jurídicas, CNPJ;
- d) Endereço completo com número de telefone.

29.3. Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

29.4. Sempre que solicitado, fornecer ao Segurado quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

29.5. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

29.6. Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

29.7. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

29.8. Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;

29.9. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

29.10. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;

29.11. Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

29.12. Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

29.13. Informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

29.14. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, tíquete, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada Segurado;

29.15. É expressamente vedado ao estipulante e ao Subestipulante:

- a) Cobrar dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

29.16. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios recebidos, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice ou à suspensão da cobertura dos Segurados que tenha efetuado o pagamento, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais;

29.17. Sempre que solicitado pelo Segurado, obrigatoriamente a Seguradora informará a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante;

29.18. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar em ônus ou dever ou redução de direitos para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

29. COMUNICAÇÃO

30.1. O Segurado ou Estipulante se obrigam a dar imediato aviso à Seguradora, por escrito, ao longo de toda a vigência da apólice, acerca de toda e qualquer alteração concernente às informações contidas na proposta de contratação/adesão, que originou a emissão da presente apólice coletiva, ou certificado individual, bem como toda e qualquer circunstância que, direta ou indiretamente, possa influir no estado do risco, alterando-o, modificando-o ou ampliando-o, e ainda toda e qualquer circunstância cujo conhecimento possa ser útil para a Seguradora atuar, por ações diretas ou mediante orientações, a fim de evitar a caracterização de sinistro ou o agravamento dos riscos e conforme a CLÁUSULA - PERDA DE DIREITOS.

30.2. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

30.3. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

30. PRAZOS PRESCRICIONAIS

Os prazos prescricionais que se aplicam a este seguro, são os previstos no Código Civil Brasileiro.

31. TRIBUTOS

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

31.2 Havendo qualquer alteração na legislação tributária, que implique na majoração das alíquotas dos tributos atualmente aplicáveis, os valores dos prêmios serão reajustados de forma a refletir tal alteração.

32. FORO

32.1 Fica eleito o foro do domicílio do Estipulante, do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre as partes.

32.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA POR MORTE (Básica)

1. RISCOS COBERTOS

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do Segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. ANÁLISE E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do sinistro, além dos documentos relacionados no item 23.1 das Condições Gerais a Seguradora solicitará os seguintes documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro.

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte acidental;
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o Segurado tenha sido o condutor do veículo.

Caso seja necessário a seguradora se reserva o direito de solicitar quais outros documentos que se façam necessários para elucidação do sinistro.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado e indicado no certificado individual, respeitadas os limites mínimos e máximos descritos na Apólice.

3.1.1. Em caso de sinistro, se verificada diferença entre a indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, esta, será paga ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula beneficiários das condições gerais.

3.1.2. Considera-se como data do evento: Em caso de morte natural data do falecimento do Segurado e em caso de morte acidental a data do acidente.

3.2. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

3.2.1. 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 primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

4. CARÊNCIA/FRANQUIA

Não haverá aplicação de Carência e Franquia para esta cobertura.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, cujo capital segurado será limitado no certificado individual.

1.1.1. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total por Acidente será caracterizada após a constatação da:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total e incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral.

1.1.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente total, a Seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no certificado.

1.1.3. A Invalidez Permanente será comprovada através de declaração médica e avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente Total causada por acidente.

1.1.3.1. 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.

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

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade 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 contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, 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 a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

1.1.5. Não sendo comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Certificado Individual, sem qualquer devolução de prêmios.

2. RISCOS EXCLUÍDOS:

Além dos riscos excluídos no item 5 das Condições Gerais, excluem-se também para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- b) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- c) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- d) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado e indicado no certificado individual, respeitados os limites mínimos e máximos descritos na Apólice.

3.1.1. Em caso de sinistro, se verificada diferença entre a indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, esta, será paga ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula beneficiários das condições gerais.

3.1.2. Considera-se como data do evento a data do acidente que originou a Invalidez Permanente Total por Acidente.

3.2. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6.2.1. 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 primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

4. CARÊNCIA/FRANQUIA

Não haverá aplicação de Carência e Franquia para esta cobertura.

6. ANÁLISE E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para a análise do sinistro, além dos documentos relacionados no item 23.1 das Condições Gerais a Seguradora solicitará os seguintes documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro.

- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

Caso seja necessário a seguradora se reserva o direito de solicitar outros documentos que se façam necessários para elucidação do sinistro.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante a antecipação total do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o Segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais, e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

Auxílio: ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favoreceu ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença ou que com ela interage.

Hígido: Saudável

Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido: saudável

Médico Assistente: médico que está assistindo o Segurado ou que já tenha prestado assistência continuada

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.

Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomicas do Segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 8 “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, 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), única e exclusivamente em decorrência de doença.
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no 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) Deficiências visuais, decorrentes de doença:
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - IV. 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, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. O IAIF é composto por dois documentos:

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

- I. O 1º 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 ou no 3º 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado e indicado no certificado individual, respeitados os limites mínimos e máximos descritos na Apólice.

5.1.1. Em caso de sinistro, se verificada diferença entre a indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, esta, será paga ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula beneficiários das condições gerais.

5.1.2. Considera-se como data do evento a data da constatação da Invalidez Funcional Permanente e Total atestada por profissional legalmente habilitado.

5.2. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

11.2.1. 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 primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

6. CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o Estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro” das Condições Gerais.

7.3. Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), além dos documentos relacionados no item 25 das Condições Gerais a são necessários os seguintes documentos:

- a) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao Segurado;
- b) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do Segurado;
- c) Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos, destas Condições Especiais;
- d) Relatório médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

8.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

8.3. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

8.4. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8.5. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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 contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. 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.

10.3. 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.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

1º DOCUMENTO - 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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	0

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) 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

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o 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.	0
	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

**ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL
PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
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 dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS GRAVES (DDG)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento do capital segurado da Cobertura, caso o Segurado venha a ser diagnosticado com uma doença grave coberta pelo seguro durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Diagnóstico de Doença Grave será caracterizada pela constatação e diagnóstico de uma das doenças previstas nestas condições dentro do período de vigência do seguro e comprovado através de procedimentos e documentações especificado nestas Condições Especiais.

2.2. Considera-se como risco coberto o diagnóstico devidamente comprovado conforme disposto nestas Condições Especiais exclusivamente das seguintes doenças:

Câncer: é a doença caracterizada pela presença de um tumor maligno (crescimento descontrolado de células malignas com disseminação e invasão dos tecidos). O diagnóstico de Câncer deve ser confirmado pela evidência histológica de malignidade.

Derrame: Isquemia cerebral (diminuição do fluxo sanguíneo em áreas do cérebro) e/ou hemorragia no cérebro (rompimento de vasos sanguíneos) que produz alteração da função motora e sensitiva dos membros, perceptiva e da linguagem, comprovada após três meses da data do diagnóstico. o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Infarto: necrose (morte celular) de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado, diagnosticado por cardiologista e comprovado por meio de exames complementares. O diagnóstico será baseado nos seguintes critérios: história de dor precordial típica, alterações eletrocardiográficas específicas de isquemia e aumento das enzimas cardíacas.

Insuficiência Renal Crônica Grave: etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

Transplante de Órgãos Vitais: necessidade médica do Segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos para Diagnóstico de Doenças Graves:

3.1.1. Para Diagnóstico de Câncer

- a) câncer de pele, exceto a melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5 mm segundo a classificação de Breslow;
- b) sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDs;
- c) leucemia crônica;
- d) câncer que através de exame histológico tenha classificação igual a T1;
- e) carcinoma não invasivo (carcinoma “in situ”) e qualquer grau de neoplasia intraepitelial cervical (niC);
- f) tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
- g) câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior na classificação de Gleason ou superior a T2n0M0 pela classificação TnM);
- h) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência da apólice e cuja recidiva ou invasão ocorreu nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

3.1.2. Para Infarto Agudo do Miocárdio

- a) os infartos do miocárdio antigos demonstrados através do eCG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável, angina decúbito, infarto do miocárdio sem elevação do segmento sT no eCG com elevação da troponina “I” ou “T”. e outras síndromes coronarianas agudas.

3.1.3. Para Derrame

- a) ataques isquêmicos transitórios;
- b) qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;
- c) injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- d) hemorragia cerebral causada por acidente;
- e) hemorragia cerebral causada por tumores;
- f) hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
- g) obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e
- h) sintomas neurológicos causado por enxaquecas.

3.1.4. Insuficiência Renal Crônica

- a) insuficiência Renal Aguda e/ou Insuficiência Renal Crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.1.5. Para Transplante de Órgãos Vitais

- a) transplantes dos demais órgãos não listados nestas condições gerais;
- b) transplante de tecido;
- c) transplante de células tronco;
- d) transplante de células-beta do pâncreas;

- e) autotransplante; e
- f) quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado e indicado no certificado individual, respeitados os limites mínimos e máximos descritos na Apólice.

4.1.1. Em caso de sinistro, se verificada diferença entre a indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, esta, será paga ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula beneficiários das condições gerais.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data do 1º (primeiro) Diagnóstico de Doença Grave devidamente comprovado por exames e profissional legalmente habilitado.

4.3. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

4.3.1. 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 primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

5. CARÊNCIA

5.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

5.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, nas Condições Contratuais firmado entre o Estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

6.1. A Cobertura de Diagnóstico de Doença Grave não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

6.2. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores prevista no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro” das Condições Gerais.

6.3. Não estando comprovada o Diagnóstico de Doença Grave, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a Cobertura Adicional de Diagnóstico de Doença Grave, além dos documentos relacionados no item 25 das Condições Gerais a são necessários os seguintes documentos:

7.1.1. Câncer

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia;
- c) laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).

7.1.2. Infarto

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

7.1.3. Derrame

- a) comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- b) laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia.

7.2. Confirmado o Diagnóstico de Doença Grave pela Seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

8.1. As despesas efetuadas com a legitimação do Diagnóstico de Doença Grave são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

8.2. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

9. JUNTA MÉDICA

9.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das Doenças, a Seguradora deverá propor 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, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

9.2. 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.

9.3. 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.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento do capital segurado da Cobertura, caso o Segurado fique desempregado involuntariamente durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

Desemprego Involuntário do Segurado desde que a demissão não tenha sido por justa causa, ficando o Segurado sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.

3. ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Desemprego Involuntário todas as pessoas físicas, que na data do evento possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima descrita nas condições contratuais, que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos para Desemprego Involuntário:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;**
- b) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;**
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;**
- d) Programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;**
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em Diário Oficial;**
- g) Falência;**
- h) 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;**
- i) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- j) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo(s) beneficiários (s) ou pelo representante de um ou de outro;**

- k) Quando o vínculo empregatício entre empregado (Segurado) e empregador (proprietário ou sócio da empresa empregadora) apresentar relação de parentesco envolvendo cônjuge, avós, netos, pais, filhos, irmãos, sobrinhos, tios ou cunhados.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado e indicado no certificado individual, respeitados os limites mínimos e máximos descritos na Apólice. 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 primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, a data da demissão do Segurado devidamente comprovado por documentos comprobatória.

5.3. Caracterizado o sinistro, e mediante a comprovação e a manutenção do estado de desemprego, o capital segurado será pago em parcelas mensais conforme descrito no certificado e limitado ao máximo de 12 (doze) parcelas por evento.

6. CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, nas Condições Contratuais firmado entre o Estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Para a garantia de Desemprego Involuntário, a reintegração do capital segurado será automática.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a Cobertura Adicional de Desemprego Involuntário, além dos documentos relacionados no item 23.1 das Condições Gerais a são necessários os seguintes documentos:

- a) 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.
 - a1) A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo Segurado será determinada em contrato e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.
 - a2) Nos seguros que possuem franquia, para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a data do desligamento somada à quantidade de dias da franquia, conforme estabelecido no contrato do seguro.

- b) Cópia autenticada do termo de rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.

8.2. É facultado a seguradora para a continuidade do processo de indenização solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente comprovando a manutenção do estado de desemprego.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)

1. OBJETIVO

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a Seguradora garante o pagamento do capital segurado da Cobertura, caso o Segurado fique total e temporariamente incapacitado decorrente de doença ou acidente coberto ocorrido durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Incapacidade Física do Segurado decorrente de acidente ou doença que impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, o Segurado de exercer a sua profissão ou ocupação por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.

2.1.1. 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.

3. ELEGIBILIDADE

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 no item x “Procedimento em Caso de Sinistro”, destas Condições Gerais, que possuam vínculo com o Estipulante, que na data da contratação do seguro tenham idade mínima de 16 (dezesesseis) anos e máxima descritas nas condições contratuais, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro. Após um evento de Incapacidade Física Total Temporária, onde o Segurado tenha sido indenizado, somente após 6 (seis) meses, a contar da data do término da incapacidade constatada, é que o Segurado estará elegível à indenização de um novo evento de Incapacidade Física Temporária.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos para Incapacidade Física Total e Temporária:

- a) incapacidades, 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 consequentes;**

- b) Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- c) Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- d) Hospitalização para a realização de exames de rotina;
- e) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- f) Parto ou aborto, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- g) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.
- h) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- i) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- j) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- k) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
- m) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente.
- n) Estão excluídos ainda, da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, os profissionais da economia informal, que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, não tendo, portanto, como comprovar uma atividade remunerada regular.
- o) Lesões causadas por esforços repetitivos (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (D.O.R.T.).

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será fixo, ou seja, corresponde ao valor contratado e indicado no certificado individual, respeitados os limites mínimos e máximos descritos na Apólice.

5.1.1. 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 primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.**

5.2. Caracterizado o sinistro, e mediante a comprovação e a manutenção do estado de Incapacidade Física Total, o capital segurado será pago em parcelas mensais conforme descrito na apólice e limitado ao máximo de 12 (doze) parcelas por evento.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da constatação da incapacidade devidamente atestada pelo médico assistente.

6. CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, nas Condições Contratuais firmado entre o Estipulante e a Seguradora e na apólice do seguro.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Para a garantia de Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do capital segurado será automática.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a Cobertura Adicional de Incapacidade Física total e Temporária, além dos documentos relacionados no item 23.1 das Condições Gerais a são necessários os seguintes documentos:

- a) 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;
- b) Exames realizados que comprovem a incapacidade física total temporária, original ou cópia simples;
- c) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - c.1) Última declaração do Imposto de Renda, ou;
 - c.2) Recibo de Pagamento Autônomo, ou;
 - c.3) Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - c.4) Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data do evento, do pagamento INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou;
 - c.5) Inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro.
- d) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável.

8.2. É facultado a seguradora para a continuidade do processo de indenização solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente comprovando a manutenção do estado de Incapacidade Física Total.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.