

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO PRESTAMISTA

Modalidade Capital Segurado Vinculado - Saldo Devedor

USEBENS SEGUROSS/A

CNPJ N. 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900075/2013-21

APRESENTAÇÃO.....	03
OBJETIVO	04
DEFINIÇÕES LEGAIS/GLOSSÁRIO.....	04
COBERTURA DO SEGURO	07
CONTRATAÇÃO DO SEGURO	07
CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	08
CAPITAL SEGURADO.....	09
CUSTEIO DO SEGURO	09
COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	09
VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO	11
CANCELAMENTO DO SEGURO	12
ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	13
TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO.....	13
OCORRÊNCIA DO SINISTRO	13
PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	14
PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	15
ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	15
REINTEGRAÇÃO	16
PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	16
MODIFICAÇÃO DE RISCO	16
BENEFICIÁRIO(S).....	17
DO ESTIPULANTE	17
ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	18
PRESCRIÇÃO	18
TRIBUTO.....	18
DO FORO	18
MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	18
DISPOSIÇÕES FINAIS	18
COBERTURA DE MORTE	19
COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	22
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	24
COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	28
COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA	36
Anexo à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença	42
COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO.....	44
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE	47
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE.....	51

APRESENTAÇÃO

Prezado Segurado,

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do seu seguro Prestamista, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Este seguro é da Modalidade Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

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.

O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da assinatura da proposta de contratação, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de utilizar os demais canais de atendimento disponibilizado pela Usebens.

Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento no prazo de 7 (sete) dias, os valores eventualmente pagos serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, ou de outras formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

Por conta da presente contratação, o segurado toma ciência e aceita todas as cláusulas limitativas e restritivas de direitos que constam deste manual, sem exceção.

Ao assinar a proposta de contratação, o segurado automática e inequivocamente, declara o recebimento das presentes condições contratuais.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua aquisição.

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros através do site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

Para os casos não previstos nestas CONDIÇÕES GERAIS, serão aplicadas as leis que regem os Seguros no Brasil.

1. OBJETIVO

- 1.1. O presente Seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), até o limite do capital segurado contratado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais ou Particulares.**
- 1.2. Este Seguro não pode ser contratado por menores de 14 (catorze) anos.
- 1.3. Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.

2. DEFINIÇÕES LEGAIS/GLOSSÁRIO

- 2.1. **Aceitação do Risco:** ato pelo qual a Seguradora aceita o Seguro que lhe foi proposto.
- 2.2. **Agravação do Risco:** ato do Segurado em tornar o risco mais grave do que originalmente se apresenta no momento da contratação do Seguro, podendo por isso perder o direito do mesmo.
- 2.3. **Acidentes Pessoais:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do Segurado, ou torne necessário tratamento médico, observando-se que:
 - 2.3.1. **Incluem-se nesse conceito:**
 - a) o Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - 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 do 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.
 - 2.3.2. **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 repetidos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relações 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 aceitos pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal.
- 2.4. **Apólice:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) Cobertura(s)

- contratada(s) pelo Estipulante.
- 2.5. **Aviso de Sinistro:** obrigação imposta ao Segurado, ao seu representante legal ou ao Estipulante de comunicar a ocorrência do sinistro ao Segurador, a fim de que este possa acautelar seus interesses.
 - 2.6. **Beneficiário:** é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.
 - 2.7. **Capital Segurado:** é a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.**
 - 2.8. **Capital Segurado Vinculado:** modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
 - 2.9. **Carência:** é o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
 - 2.10. **Certificado Individual do Seguro:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade 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.
 - 2.11. **Coberturas:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.
 - 2.12. **Comoriência:** ocorre quando duas ou mais pessoas morrem ao mesmo tempo e quando não é possível concluir qual delas morreu primeiro, razão pela qual o direito trata como se elas tivessem morrido no mesmo instante.
 - 2.13. **Condições Especiais:** conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
 - 2.14. **Condições Gerais:** conjunto das cláusulas contratuais, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos da Seguradora, do Segurado, dos Beneficiários e do Estipulante.
 - 2.15. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades e aspectos operacionais da contratação do plano coletivo, bem como fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e do(s) Beneficiário(s).
 - 2.16. **Credor:** é a pessoa física ou jurídica com a qual o Segurado contraiu a obrigação objeto deste seguro, sendo também, no caso desta apólice, o Estipulante do Seguro.
 - 2.17. **Corretor de Seguros:** profissional legalmente habilitado e autorizado a angariar seguros e representar o Segurado nos Contratos de Seguros.
 - 2.18. **Data do Evento:** data da ocorrência do Evento/Risco Coberto.
 - 2.19. **Declaração Pessoal de Saúde (DPS):** é o documento formal e legal, incluso na proposta de adesão, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.
 - 2.20. **Doença(s) preexistente(s):** doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
 - 2.21. **Dolo:** é uma falta intencional para ilidir uma obrigação. Má-fé. Vontade livre e consciente por meio da qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.
 - 2.22. **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, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
 - 2.23. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) Cobertura(s)

- contratadas, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).
- 2.24. **Franquia:** é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.
- 2.25. **Grupo Segurado:** é o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.26. **Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm Vínculo com o Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.
- 2.27. **Importância Segurada:** é o valor escolhido pelo Segurado, em cada uma das coberturas, para garantir seus bens. As importâncias seguradas estão indicadas na apólice e representam o limite máximo de responsabilidade da Seguradora em cada sinistro ou série de sinistros consequentes de uma mesma ocorrência.
- 2.28. **Indenização:** valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.
- 2.29. **Lauda médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.30. **Limite Máximo de Indenização:** é o valor máximo da indenização contratada para cada garantia.
- 2.31. **Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.32. **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.
- 2.33. **Profissionais Autônomos e Liberais Regulamentados:** aquele que exerce sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade, e que sejam contribuintes regulares à previdência social. A prestação de serviços é de forma eventual e não habitual.
- 2.34. **Profissionais Autônomos e liberais não regulamentados:** é todo aquele que exerce sua atividade profissional remunerada sem vínculo empregatício, por conta própria e com assunção de seus próprios riscos, e que não tenham como comprovar vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade.
- 2.35. **Prêmio:** é a soma em dinheiro paga pelo Segurado à Seguradora para que esta assumam a responsabilidade dos riscos contratados na apólice.
- 2.36. **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.37. **Proposta de adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.38. **Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.39. **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.40. **Segurado:** É a pessoa física com idade dentro do critério de faixa-etária especificada no Contrato,

quando do protocolo da Proposta de Adesão na Seguradora, que tenha contraído dívida com o Estipulante, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

- 2.41. **Seguradora:** É a USEBENS SEGUROS S/A., Empresa autorizada pela Susep a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 2.42. **Sinistro:** É a ocorrência do evento previsto e coberto pelo contrato de seguro.
- 2.43. **Vínculo:** é a relação de mesma natureza, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinado grupo de pessoas.
- 2.44. **Vigência:** é o prazo de duração do seguro contratado.

3. COBERTURA DO SEGURO

- 3.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas Condições Especiais de cada cobertura.
 - 3.1.1. Morte
 - 3.1.2. Morte Acidental
 - 3.1.3. Invalidez Permanente Total por Acidente
 - 3.1.4. Invalidez Permanente por Acidente
 - 3.1.5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
 - 3.1.6. Desemprego Involuntário
 - 3.1.7. Incapacidade Física Total e Temporária por Doença ou Acidente.
 - 3.1.8. Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente
- 3.2. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação da Cláusula Adicional de Inclusão de Cônjuge.
- 3.3. As Coberturas contratadas estarão especificadas no Contrato, na Apólice e no Certificado Individual do Seguro.
- 3.4. Cada Cobertura Adicional estará vinculada às respectivas Condições Especiais.
- 3.5. A indenização por Morte ou Morte Acidental consiste no pagamento do Capital Segurado de uma só vez, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na proposta de adesão, após a morte do Segurado, desde que decorrente de evento(s), coberto(s) e ocorrido(s) após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.
- 3.6. Não haverá prazo de Carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
 - 3.6.1. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos, entretanto, o tal prazo não poderá exceder metade do prazo total de vigência do contrato.
- 3.7. Franquia, quando existente, estará descrita nas Condições Especiais de cada cobertura.

4. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

- 4.1. O Contrato e a Proposta de Contratação, assinados obrigatoriamente pelo representante legal do Estipulante, deverão ser entregues à Seguradora.
- 4.2. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.
- 4.3. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar.
- 4.4. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo **máximo de 10 (dez) dias corridos**, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva

restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

- 4.4.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio, pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá garantia pelo seguro.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 5.1. As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente, podendo ser necessário, a critério desta Seguradora:
 - 5.1.1. o preenchimento e a assinatura, pelo Proponente, da Proposta de Adesão e da Declaração Pessoal de Saúde. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Proponentes e dos Segurados;
 - 5.1.1.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
 - 5.1.2. a comprovação do vínculo do Proponente com o Estipulante, sempre se observando os limites de idade previstos no Contrato e as boas condições de saúde para ingresso;
 - 5.1.3. Os Proponentes que estiverem afastados na época da contratação deste Seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.
- 5.2. A Sociedade Seguradora terá prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
 - 5.2.1. Caso o Proponente do Seguro for Pessoa Física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias corridos.
 - 5.2.2. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares, poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 5.2. acima, desde que a Sociedade Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.
 - 5.2.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto nos itens acima, o prazo de 15 (quinze) dias corridos previsto no item 5.2. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
 - 5.2.4. Decorrido o prazo estipulado no item 5.2. sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
 - 5.2.4.1. a Sociedade Seguradora fica obrigada a emitir e disponibilizar ao Segurado o certificado individual, no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.
 - 5.2.4.2. A emissão do certificado será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da Proposta, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro, ficando disponível para visualização/impressão no site da Seguradora, através de área logada para o Segurado.
 - 5.2.5. 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, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo. Para atualização do prêmio será considerado o período desde a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio até a data da formalização da recusa. Neste período o proponente estará coberto pelo seguro.
 - 5.2.6. 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 item anterior.

- 5.3. 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) Cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
 - 5.3.1. 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.
 - 5.3.2. 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.
- 5.4. Caso haja mais de um Proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a Proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um dos envolvidos.
 - 5.4.1. Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.
 - 5.4.2. O percentual de que trata o subitem anterior constará no certificado individual de seguro.
 - 5.4.3. Caso o pagamento de uma indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. A modalidade de capital segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Vinculado**, ou seja, o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 6.2. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em Reais e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo nos casos em que a obrigação seja em outra moeda.
- 6.3. Será considerado como novo seguro qualquer aumento de responsabilidade não previsto inicialmente na dívida ou compromisso assumido pelo Segurado, ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso nestas Condições Gerais e nas demais condições contratuais.
- 6.4. Os capitais máximos de cada Segurado não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.
- 6.5. **Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado DEVERÃO SER incorporados ao valor do Capital Segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.**

7. CUSTEIO DO SEGURO

- 7.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
 - 7.1.1. **não contributário:** aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
 - 7.1.2. **contributário:** aquele em que os Segurados pagam o Prêmio, total ou parcialmente.

8. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 8.1. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais das

respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

- 8.1.1. Os prêmios poderão ser pagos de uma única vez, mensalmente, semestralmente ou anualmente. A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas contratualmente e no Certificado Individual do Seguro, sendo de responsabilidade do Estipulante o repasse do prêmio recolhido dos Segurados à Seguradora.
- 8.2. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável, para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios nos prazos contratuais.
- 8.3. **É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.**
 - 8.3.1. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 8.4. **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**
- 8.5. Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.
- 8.6. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido contratualmente.
- 8.7. Fica estipulado que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio do seguro relativo apenas às coberturas dos demais riscos contratados.
- 8.8. Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha de pagamento, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do Vínculo ou mediante pedido do Segurado por escrito.
- 8.9. Caso haja a ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização não estará prejudicado.
- 8.10. O não repasse dos prêmios por parte do Estipulante à Seguradora no prazo estabelecido, desde que não caracterizada a inadimplência do Segurado, não consistirá em motivo para o cancelamento do seguro individual, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.
- 8.11. **Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.**
 - 8.11.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).
- 8.12. **Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio de Seguro, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.**
 - 8.12.1. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência terão cobertura, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, o seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).
 - 8.12.2. Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. Vigência e Renovação da Apólice

- 9.1.1. O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecida no Contrato e na Proposta de Contratação, estando condicionada ao recebimento, pela Seguradora, do referido Contrato assinado pelo Estipulante.
 - 9.1.1.1. Quando a obrigação possuir data prevista de término, o prazo do seguro corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no certificado individual e na apólice, quando couber.
 - 9.1.1.2. Quando a obrigação persistir por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes.
 - 9.1.1.3. A apólice terá seu início e término de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicada.
- 9.1.2. A vigência da apólice de seguro será de até 05 (cinco) anos, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos), estando estabelecido no Contrato e na Proposta de Contratação.
- 9.1.3. A renovação do seguro poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, por igual período, desde que não haja desistência expressa do Estipulante até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.
 - 9.1.3.1. A partir da segunda renovação, esta somente poderá ser feita de forma expressa, quantas vezes se fizer necessário, servindo-se o Estipulante de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro, e desde que tal renovação não implique em ônus ou dever para o Segurado ou redução de seus direitos.
 - 9.1.3.2. Na renovação deste seguro, qualquer alteração na apólice coletiva que implique ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
 - 9.1.3.3. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 60 (sessenta) dias de antecedência do final da vigência da apólice.

9.2. Vigência do Risco Individual

- 9.2.1. As datas de início e fim de vigência das coberturas contratadas pelo Segurado serão indicadas no Certificado Individual de Seguro, sendo que o início e o término da vigência se dará às 24 (vinte e quatro) horas das datas lá indicadas, desde que considerado aceito o risco pela Seguradora.
- 9.2.2. Os certificados de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem o pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura se dará a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 9.2.3. Os certificados de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
- 9.2.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, caso esta não seja renovada.
- 9.2.5. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

10.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

- 10.1.1. Nas Apólices Coletivas com Vínculo prévio ao Seguro entre Estipulante e Segurado:
- 10.1.1.1. com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
 - 10.1.1.2. quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
 - 10.1.1.3. com o falecimento do Segurado;
 - 10.1.1.4. com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - 10.1.1.5. com a extinção do Vínculo entre o Segurado e o Estipulante, seja ou não este fato comunicado à Seguradora;
 - 10.1.1.6. imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
 - 10.1.1.7. 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.
- 10.1.2. Nas Apólices Coletivas com Vínculo exclusivamente relativo ao contrato de seguro entre Estipulante e Segurado:
- 10.1.2.1. com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas no item 11;
 - 10.1.2.2. quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias;
 - 10.1.2.3. com o falecimento do Segurado;
 - 10.1.2.4. com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização;
 - 10.1.2.5. imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais;
 - 10.1.2.6. quando o Segurado não pagar o Prêmio Individual, observado o disposto no item 8.12.2. destas Condições Gerais;
 - 10.1.2.7. 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.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 11.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 8.12, caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.
- 11.1.1. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.
- 11.2. Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 11.2.1. No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 11.3. O seguro se extingue pela ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado.

- 11.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, extingue-se automaticamente a cobertura do seguro, nas seguintes situações:
- 11.4.1. no final do prazo de vigência;
 - 11.4.2. com o esgotamento do Capital Segurado, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
 - 11.4.3. se este não for renovado;
 - 11.4.4. quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice.
- Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do Certificado Individual de Seguro sem restituição dos prêmios, ressalvado o disposto no subitem 11.4.4. caso em que será realizada a devolução proporcional do seguro pago, correspondente ao período entre a data da solicitação de exclusão e o período restante para o término da vigência do risco individual.
- 11.5. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração na natureza dos riscos.
- 11.6. Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

12. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

- 12.1. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.
- 12.2. Qualquer modificação da apólice em vigor 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, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

13. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

- 13.1. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.
- 13.2. A Seguradora, conforme o critério definido nas condições contratuais, efetuará avaliações da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice contratada pelo Segurado.
 - 13.2.1. Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos.

14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

- 14.1. Ocorrendo o sinistro coberto pelo Seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Estipulante/Segurado/Beneficiário, no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.
- 14.2. Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.
- 14.3. A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

- 14.4. Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.
- 14.5. A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização.
- 14.6. Sob pena de perder o direito à indenização, o Segurado/Beneficiário/Estipulante comunicará a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saiba, e tomará as providências imediatas para reduzir as consequências.
- 14.7. Nos casos de cobertura Internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

15. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 15.1. Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.
- 15.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 15.3. 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 Coberturas, observados os itens 15.6 e 15.6.1 destas Condições Gerais.
 - 15.3.1. A relação de documentos necessários para a regulação de Sinistro, está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.
- 15.4. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 15.5. Independentemente dos documentos listados nas Coberturas contratadas, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.
- 15.6. A documentação listada nas respectivas Coberturas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.
 - 15.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 15.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 15.7. 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. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 15.8. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 15.9. 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.

15.10. Qualquer indenização decorrente deste seguro somente será paga em reais no Brasil.

16. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

16.1. **A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.**

16.2. **No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas 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 Disposições 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.**

16.2.1. **A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**

16.2.2. **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.**

17. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

17.1. Os valores devidos à devolução de prêmios sujeita-se à atualização monetária pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), a partir da data em que se tornar exigível, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento.

17.1.1. No caso de cancelamento do contrato, os valores de que trata o subitem 17.1 acima, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

17.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 16.1 acima, serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

17.1.3. Para os valores devidos a título de devolução de prêmios no caso de recusa da proposta pela Seguradora, serão exigíveis a partir da data da formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

17.2. Os valores das obrigações pecuniárias não contempladas nos subitens precedentes, desta Cláusula, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 17.1 acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da Seguradora a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto.

17.3. Para efeito do disposto no subitem 16.2. acima, considera-se como data de exigibilidade, no caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data da formalização da recusa.

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

17.5. Na hipótese de extinção do índice estabelecido nestas Condições Gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

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

18. REINTEGRAÇÃO

- 18.1. O Limite Máximo de Indenização não poderá ser reintegrado em hipótese alguma, nem mesmo diante do pagamento de prêmio adicional.

19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 19.1. 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.
- 19.2. Sem prejuízo do previsto nos itens 5.3., 5.3.1. e 5.3.2., se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- 19.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:
- 19.2.1.1. cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- 19.2.1.2. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a Garantia contratada.
- 19.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:
- 19.2.2.1. 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
- 19.2.2.2. 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.
- 19.2.3. 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.
- 19.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:
- 19.3.1. inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- 19.3.2. dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- 19.3.3. inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à Garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato.
- 19.4. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

20. MODIFICAÇÃO DE RISCO

- 20.1. Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.
- 20.2. Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:
- 20.2.1. mudança de profissão do Segurado;
- 20.2.2. mudança de residência do Segurado para outro país.
- 20.2.3. prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, voo-livre, paraquedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.

- 20.2.4. uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.
- 20.3. A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do seguro, uma vez que o Segurado tem o dever de comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

21. BENEFICIÁRIO(S)

- 21.1. 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.
- 21.2. A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, será paga ao segundo beneficiário indicado, no caso de morte do segurado, ou ao próprio segurado, no caso de evento garantido pelas demais coberturas.
- 21.2.1. O(s) segundo(s) beneficiário(s) referido(s) no item 21.2, será(ão) o(s) indicado(s) livremente pelo Segurado no Formulário de Indicação de Beneficiários, podendo ser substituído a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito à Seguradora.
- 21.3. 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.
- 21.4. O Beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o Segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

22. DO ESTIPULANTE

- 22.1. Fica entendido e acordado que o presente seguro poderá ser estipulado conforme prevê a Resolução nº 107/2004 do Conselho Nacional de Seguros Privados, cobrindo a responsabilidade civil do segurado caracterizado na forma da cláusula 2 destas condições.
- 22.2. São obrigações do Estipulante:
- 22.2.1. fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- 22.2.2. manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 22.2.3. fornecer ao segurado, sempre que solicitado, qualquer informação relativa ao contrato de seguro;
- 22.2.4. discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução nº 107/2004 do CNSP, quando este for de sua responsabilidade;
- 22.2.5. repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 22.2.6. repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 22.2.7. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- 22.2.8. comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 22.2.9. dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 22.2.10. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- 22.2.11. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

- 22.2.12. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade 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.
- 22.3. A Seguradora é obrigada:
- 22.3.1. incluir no contrato de seguro todas as obrigações do estipulante, especialmente as previstas na Resolução CNSP nº 107/2004; e
- 22.3.2. informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou sub-estipulante, sempre que lhe solicitado.

23. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

- 23.1. O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.
- 23.1.1. O disposto no subitem anterior não se aplica às Coberturas de Desemprego Involuntário e Incapacidade Temporária, quando contratadas, onde a cobertura ficará restrita para eventos ocorridos no Brasil.

24. PRESCRIÇÃO

- 24.1. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

25. TRIBUTO

- 25.1. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

26. DO FORO

- 26.1. As questões judiciais, entre Estipulante, Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 27.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

28. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 28.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 28.2. O registro deste plano junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua aquisição.
- 28.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros através do site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 28.4. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.
- 28.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

COBERTURA DE MORTE

1. Objetivo

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. Riscos Excluídos

- 2.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:**
 - 2.1.1. **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - 2.1.2. **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 2.1.3. **doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
 - 2.1.4. **suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - 2.1.5. **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
 - 2.1.6. **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - 2.1.7. **epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;**
 - 2.1.8. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 2.1.9. **eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
 - 2.1.10. **eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
 - 2.1.11. **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;**
 - 2.1.12. **competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência.**
- 2.2. **Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos**

decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, conforme disposto no Código Civil.

3. Capital Segurado

- 3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

4. Cessaçãõ desta Cobertura

- 4.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
 - 4.1.1. Para o Segurado:
 - 4.1.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - 4.1.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
 - 4.1.1.3. Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.

5. Prêmio

- 5.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

6. Carência

- 6.1. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual, não podendo ultrapassar 2 (dois) anos.
- 6.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 6.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais, não haverá carência.

7. Liquidação de Sinistro

- 7.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais (item 15), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
 - 7.1.1. **Em Caso de Morte Natural do Segurado:**
 - “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado/Beneficiário/Estipulante;
 - cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - cópia do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
 - cópia dos comprovantes de pagamento;
 - documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
 - cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
 - cópias dos CPF’s dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
 - Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
 - 7.1.2. **Em caso de Morte Acidental do Segurado:**
 - “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado/Beneficiário/Estipulante;
 - cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - cópia do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;

- cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
- cópia dos comprovantes de pagamento;
- documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
- cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
- cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
- Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

8. Disposições Gerais

- 8.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. Riscos Excluídos

- 2.1. Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - 2.1.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - 2.1.2. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 2.1.3. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - 2.1.4. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - 2.1.5. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - 2.1.6. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - 2.1.7. epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - 2.1.8. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - 2.1.9. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 2.1.10. eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - 2.1.11. eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - 2.1.12. Acidente Vascular Cerebral;
 - 2.1.13. 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;
 - 2.1.14. competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;

- 2.1.15. **acidente ou lesões causadas por acidentes preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;**
- 2.1.16. **doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.**

3. Capital Segurado

- 3.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

4. Cessação desta Cobertura

- 4.1. **Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**
- 4.1.1. **Para o Segurado:**
- 4.1.1.1. **Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
 - 4.1.1.2. **A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;**
 - 4.1.1.3. **Com o pagamento da indenização em caso de falecimento do Segurado.**

5. Prêmio

- 5.1. O Prêmio referente a esta Cobertura estará previsto contratualmente.

6. Liquidação de Sinistro

- 6.1. Para a análise do pagamento da indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais (item 15), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- “Aviso de Sinistro” preenchido e assinado pelo Segurado/Beneficiário/Estipulante;
 - cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
 - Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
 - Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
 - cópia dos comprovantes de pagamento;
 - documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
 - cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
 - cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
 - cópias autenticadas dos CPF’s dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
 - Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

7. Disposições Gerais

- 7.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. Objetivo

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, em caso de Invalidez Permanente total por Acidente, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

2. Definições

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **Invalidez Permanente Total por Acidente:** para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização, conforme **item 2.5.** desta Cláusula, 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.
- 2.3. **Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.**
- 2.4. **A invalidez de um membro ou órgão já defeituosos antes do acidente não dá direito a indenização total.**
 - 2.4.1. **Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.**
- 2.5. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente a ocorrência comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestado por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes casos:
 - 2.5.1. perda total da visão de ambos os olhos;
 - 2.5.2. perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - 2.5.3. perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - 2.5.4. perda total do uso de ambas as mãos;
 - 2.5.5. perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
 - 2.5.6. perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
 - 2.5.7. perda total do uso de ambos os pés;
 - 2.5.8. alienação mental total e incurável.

3. Riscos Cobertos

- 3.1. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a Invalidez Permanente Total por Acidente decorrente de:
 - 3.1.1. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles provenientes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - 3.1.2. choque elétrico e raio;
 - 3.1.3. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
 - 3.1.4. acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
 - 3.1.5. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

- 3.1.6. queda n'água ou afogamento;
- 3.1.7. atentados, agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- 3.1.8. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4. Riscos Excluídos

- 4.1. Além dos riscos expressamente excluídos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal, estão também excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:
 - 4.1.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - 4.1.2. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 4.1.3. acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
 - 4.1.4. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - 4.1.5. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
 - 4.1.6. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - 4.1.7. epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
 - 4.1.8. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - 4.1.9. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 4.1.10. eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - 4.1.11. eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - 4.1.12. Acidente Vascular Cerebral;
 - 4.1.13. 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;
 - 4.1.14. todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - 4.1.15. perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;
 - 4.1.16. doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - 4.1.17. competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;
 - 4.1.18. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;

- 4.1.19. **automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.**
- 4.2. **É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do Segurado quando provier 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.**

5. Capital Segurado

- 5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

6. Prêmio

- 6.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. Carência

- 7.1. Não haverá carência.

8. Cessaçãõ desta Cobertura

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
- 8.1.1. Para o Segurado:
- 8.1.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- 8.1.1.2. Com a indenização por invalidez permanente total por acidente, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;
- 8.1.1.3. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. Liquidação de Sinistros

- 9.1. A data da Invalidez Permanente Total por Acidente será a data do acidente.
- 9.2. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado por si, o Segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 9.3. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica com informações e registros médicos que comprovem o atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3 – Riscos Cobertos.
- 9.4. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
- 9.4.1. cópia do RG, CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado;
- 9.4.2. relatório do médico-assistente do Segurado contendo:
- 9.4.2.1. indicação da data do acidente;
- 9.4.2.2. Detalhamento do 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 atividades realizadas pelo Segurado.
- 9.4.3. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- 9.4.4. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- 9.4.5. cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - 9.4.6. cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - 9.4.7. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - 9.4.8. cópia dos comprovantes de pagamento;
 - 9.4.9. documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
 - 9.4.10. cópia do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
 - 9.4.11. Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- 9.5. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.
- 9.5.1. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, **a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 9.6. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 9.7. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.
- 9.8. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

10. Cancelamento do Seguro

- 10.1. **Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Permanente Total por Acidente uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.**
- 10.2. **Caso não seja comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.**

11. Despesas de Comprovação

- 11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

12. Disposições Gerais

- 12.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

1. Objetivo

- 1.1. Garante o pagamento antecipado de um percentual do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao Estipulante, em caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, durante a vigência do seguro, constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após conclusão do tratamento ou depois de esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, inclusive o tratamento fisioterápico de recuperação funcional, com alta médica, e seja definitivo o caráter de invalidez, sob critérios devidamente especificados nos itens destas condições, excetuando-se os riscos excluídos, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. Definições

- 2.1. **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste seguro.
- 2.2. **Invalidez Permanente por Acidente:** para fins desta Cobertura é a perda, redução ou impotência funcional, definitiva, **total ou parcial**, de um membro ou órgão previsto na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, conforme item 9. desta Cláusula, em virtude de lesão física decorrente de acidente pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 2.3. A indenização, quando devida, será paga aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau de invalidez previstas para na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de invalidez permanente parcial ou total por acidente e ainda aplicados sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.
- 2.4. Perdas e/ou reduções não previstas na Tabela citada no item 2.3. serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. Sendo possível constatar apenas o grau da perda e/ou redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado.
- 2.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.
- 2.6. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.
 - 2.6.1. Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da indenização.
- 2.7. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

3. Riscos Cobertos

- 3.1. Além dos casos de acidentes pessoais definidos nas Condições Gerais, considera-se “risco coberto” a

invalidez permanente total ou parcial por acidente decorrente de:

- 3.1.1. ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles provenientes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- 3.1.2. choque elétrico e raio;
- 3.1.3. contato acidental com substâncias ácidas ou corrosivas;
- 3.1.4. acidentes provocados por escapamento acidental de gases e vapores;
- 3.1.5. infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;
- 3.1.6. queda n'água ou afogamento;
- 3.1.7. atentados, agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- 3.1.8. tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

4. Riscos Excluídos

- 4.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ainda que redundando na perda, redução ou impotência funcional, definitiva e total, de um membro ou órgão, sentido ou função do corpo humano, os eventos ocorridos em consequência de:**
 - 4.1.1. **doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de acidente pessoal, definidas no Item b, subitens b¹, b², b³ e b⁴ do Glossário/Definições Legais de Acidentes Pessoais destas Condições Gerais;**
 - 4.1.2. **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - 4.1.3. **atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - 4.1.4. **acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;**
 - 4.1.5. **suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:**
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
 - 4.1.6. **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
 - 4.1.7. **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - 4.1.8. **epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;**
 - 4.1.9. **perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
 - 4.1.10. **prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em**

auxílio de outrem;

- 4.1.11. **eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;**
 - 4.1.12. **eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;**
 - 4.1.13. **Acidente Vascular Cerebral;**
 - 4.1.14. **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;**
 - 4.1.15. **todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
 - 4.1.16. **perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto;**
 - 4.1.17. **Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
 - 4.1.18. **competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes em eventos oficiais e federados com aparato de atendimento médico de urgência;**
 - 4.1.19. **automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são.**
 - 4.1.20. **todo e qualquer tipo de curetagem uterina.**
- 4.2. **É vedada a exclusão de morte ou incapacidade do Segurado quando provier 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.**

5. Capital Segurado

- 5.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

6. Prêmio de Seguro

- 6.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. Carência

- 7.1. Não haverá carência.

8. Cessaçã da Cobertura

- 8.1. **Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:**
 - 8.1.1. **Para o Segurado:**
 - 8.1.1.1. **simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;**
 - 8.1.1.2. **com a indenização por invalidez permanente total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;**
 - 8.1.1.3. **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.**

9. Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente

- 9.1. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital

Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um dos pés	20	
	Anquilose não consolidada de um dos joelhos	20	
	Anquilose não consolidada de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um quadril	20	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25	
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
	Amputação de qualquer outro dedo	03	
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: Indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a ⅓ do respectivo dedo		
	Encurtamento de um dos membros inferiores		
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
	- de 4 (quatro) centímetros ou mais	10	
	- de 3 (três) centímetros ou mais	06	
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			

Perda do uso de membros sem perda anatômica

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Aparelho genital e reprodutor	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Pescoço	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40

Tórax	
Aparelho Respiratório	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
Mamas (Femininas)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
Abdômen (órgão e vísceras)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Intestino Delgado	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou isostomia definitiva	40
Intestino Grosso	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colestomia definitiva	40
Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
Fígado	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Síndromes Neurológicas	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
DIVERSAS	Mandíbula	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	05
	Em grau médio	10
	Em grau máximo	20
	Nariz	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10

Aparelho Visual e Anexos do Olho	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Sistema auditivo	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total das duas orelhas	16
Baço	
Perda do Baço	15
Aparelho Urinário	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

10. Liquidação de Sinistros

- 10.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 17., deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:
- 10.1.1. formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo Segurado, devendo comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
 - 10.1.2. cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
 - 10.1.3. cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - 10.1.4. cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - 10.1.5. cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);

- 10.1.6. cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - 10.1.7. relatório do médico-assistente do Segurado contendo:
 - Indicação da data do acidente;
 - Detalhamento do 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;
 - 10.1.8. documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios da invalidez), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
 - 10.1.9. cópia dos comprovantes de pagamento;
 - 10.1.10. documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
 - 10.1.11. cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
 - 10.1.12. cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social;
 - 10.1.13. Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.
- 10.2. **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**
- 10.3. Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 10.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

11. Cancelamento do Seguro

- 11.1. **Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro, desde que fique constatada a invalidez permanente total do Segurado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.**
- 11.2. **Caso não seja comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente ou a indenização seja relativa à invalidez parcial, o seguro continuará em vigor, no entanto, haverá a redução proporcional do Limite Máximo de Indenização, descontando o montante pago a título de indenização parcial, com a consequente redução do prêmio a ser pago.**

12. Disposições Gerais

- 12.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO POR INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA

1. Objetivo

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de indenização em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta Cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**
- 1.2. **O pagamento da indenização relativa a esta cobertura extingue de forma imediata e automática, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do prêmio, exceto para as Coberturas exclusivamente vinculadas ao acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.**

2. Definições

- 2.1. **Agravo mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **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.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave, segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.12. **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.
- 2.13. **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.
- 2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapasse a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

- 2.18. **Estados Conexos:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.19. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.20. **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.21. **Hígido:** saudável.
- 2.22. **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.23. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.24. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.25. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.26. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.27. **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.
- 2.28. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.29. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.30. **Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. Riscos Cobertos

- 3.1. Considera-se “risco coberto” a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, proveniente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
 - 3.1.1. A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes única e exclusivamente de:
 - a) doenças cardiovasculares **crônicas** enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, 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);
 - 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) deficiência visual decorrente de:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;
 - i) os seguintes estados mórbidos, decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de “Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional” (anexo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.2.1. O “Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional” é composto por dois documentos. O primeiro documento é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos e avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 3.2.1.1. O 1º (primeiro) 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.
- 3.2.1.2. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 3.2.1.3. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 3.3. O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, que valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.3.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

4. Riscos Excluídos

- 4.1. **Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
- 4.1.1. **uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- 4.1.2. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.1.3. doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- 4.1.4. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- 4.1.5. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- 4.1.6. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.1.7. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- 4.1.8. eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- 4.1.9. quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- 4.1.10. doenças agravadas por traumatismos;
- 4.1.11. invalidez que limite total ou parcialmente a capacidade laborativa do Segurado;
- 4.1.12. a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas, orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- 4.1.13. os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa ou a concausa (determinante) seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e/ou aquelas relacionadas no Quadro de Doenças Ocupacionais / lei Previdenciária nº 8.213/91 que normatiza o direito por doença do trabalho ou doença profissional.

5. Carência

- 5.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.
- 5.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

6. Capital Segurado

- 6.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante no contrato.
- 6.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do

capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

- 6.3. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item 3.2.1., desta Cobertura. A data da Invalidez Funcional por Doença será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. Prêmio

- 7.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao Seguro total contratado pelo Segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

8. Liquidação de Sinistro

- 8.1. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado por si ou seu representante legal, o Segurado deverá comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 8.2. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
- 8.3. Da Declaração Médica deverão constar 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.
- 8.4. **Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:**
- 8.4.1. **cópia do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do segurado;**
- 8.4.2. **relatório do médico-assistente do Segurado contendo:**
- **indicação do início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada;**
 - **detalhamento do 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.**
- 8.4.3. **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.**
- 8.4.4. **cópia dos comprovantes de pagamento.**
- 8.4.5. **documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);**
- 8.4.6. **cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;**
- 8.4.7. **cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;**
- 8.4.8. **Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.**
- 8.5. Protocolado o Aviso de Sinistro, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.
- 8.5.1. **Será facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue**

necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

- 8.6. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará a seu(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 8.7. O Segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

9. Comprovação da Invalidez

- 9.1. 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, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente por Doença.
- 9.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente por Doença os 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.
- 9.3. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

10. Cancelamento do Seguro

- 10.1. **Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.**
- 10.2. **Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.**

11. Disposições Gerais

- 11.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

Anexo à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença

Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - Tabelas 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 sem supervisão; 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 assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	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
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?	00
	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 assistência e/ou auxílio técnico?	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar os 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?	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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 frutas, abrir embalagens, consumir alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida a atividades de higiene e asseio pessoal diários; assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	VALORAÇÃO (PONTOS)
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e/ou há Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso?	02
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	08

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. Objetivo

- 1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.
 - 1.1.1. **A Cobertura de Desemprego Involuntário não indeniza eventos de desemprego decorrentes da extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017.**

2. Elegibilidade

- 2.1. Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador, ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade acumulado nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior a 30 (trinta) dias.
 - 2.1.1. Para recebimento da Indenização, além do requisito do subitem 2.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de dias correspondentes à Franquia, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.
 - 2.1.2. O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.
- 2.2. Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.
- 2.3. Nos casos do aviso prévio indenizado ou cumprido, no qual, o tempo de serviço seja inferior ao período mínimo descrito no item 2.1., será considerada a data de saída informada na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS).
- 2.4. Segurado que possuir mais de um vínculo empregatício só terá direito ao acionamento da cobertura caso ocorra desligamento de todas das empresas, desde que o último contrato de trabalho vigente tenha cessado por demissão sem justa causa.

3. Riscos Excluídos

- 3.1. **Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**
 - 3.1.1. **Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;**
 - 3.1.2. **pedido de demissão pelo empregado;**
 - 3.1.3. **adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;**
 - 3.1.4. **qualquer acordo entre empregado e empregador;**
 - 3.1.5. **dispensa do empregado por justa causa;**

- 3.1.6. **jubilção, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;**
- 3.1.7. **perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;**
- 3.1.8. **prestação de Serviço Militar;**
- 3.1.9. **atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
- 3.1.10. **campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;**
- 3.1.11. **extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);**
- 3.1.12. **dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista;**
- 3.1.13. **segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme item 2;**
- 3.1.14. **segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na Carteira Profissional;**
- 3.1.15. **proponentes que tenham cargo público com estabilidade;**
- 3.1.16. **militares que sejam exonerados de suas funções;**
- 3.1.17. **proponentes que sejam vinculados ao empregador por contrato de trabalho temporário, provisório ou por prazo determinado; estagiários, aposentados que não estejam exercendo atividade profissional com registro em carteira, pensionistas, autônomos e profissionais liberais;**
- 3.1.18. **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.**

4. Capital Segurado

- 4.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.
 - 4.1.1. **As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer na condição de desempregado, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da comunicação da demissão (data inicial do aviso prévio), independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

5. Prêmio

- 5.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

- 6.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos, sendo que não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

7. Franquia

- 7.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, quando definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data do desligamento do Segurado junto ao empregador.

8. Cessação desta Cobertura

- 8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- 8.1.1.1. Simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
8.1.1.2. A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. Liquidação de Sinistro

- 9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais (item 15), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- 9.1.1. Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
9.1.2. Cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho: página da foto e qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;
9.1.3. cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.
9.1.4. Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado.
9.1.5. cópia dos comprovantes de pagamento.
9.1.6. documento oficial informando o valor do bem, o saldo devedor (original) e o valor das parcelas do financiamento;
9.1.7. cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
9.1.8. cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
9.1.9. Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

- 9.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

- 9.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora.

10. Disposições Gerais

- 10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE

1. Objetivo

1.1. Esta Cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

2. Elegibilidade

2.1. Somente terá direito a esta garantia o Segurado, profissionais autônomos e liberais regulamentados conforme definido no item 2.33 das Condições Gerais.

2.2. Após um evento de incapacidade física total e temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma Cobertura, após 12 (doze) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

3. Riscos Excluídos

3.1. Estão excluídos da presente Cobertura, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- 3.1.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 3.1.2. atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 3.1.3. doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- 3.1.4. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - o início de vigência individual do seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- 3.1.5. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;
- 3.1.6. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 3.1.7. epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo declaradas por órgão competente;
- 3.1.8. procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade,

- inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados, exceto a esterilização feminina e masculina;
- 3.1.9. tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade estética ou não e períodos de convalescença a eles relacionados, exceto os que forem restauradores (após acidente pessoal coberto pelo seguro) e os reparadores de cirurgias decorrentes de neoplasias malignas, que sejam necessários para restabelecimento do Segurado;
 - 3.1.10. tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
 - 3.1.11. tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
 - 3.1.12. doenças degenerativas da coluna vertebral;
 - 3.1.13. infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - 3.1.14. doenças crônicas: doenças degenerativas do sistema músculo-esquelético; sistema nervoso, diabetes; glaucoma; aterosclerose arterial de qualquer ordem; aneurismas; doenças psiquiátricas e tumores malignos, mesmo em fase aguda;
 - 3.1.15. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
 - 3.1.16. prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 3.1.17. eventos causados pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - 3.1.18. eventos causados pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - 3.1.19. 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;
 - 3.1.20. dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
 - 3.1.21. entesopatia;
 - 3.1.22. entorses, distensões, contusões;
 - 3.1.23. fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
 - 3.1.24. fraturas patológicas;
 - 3.1.25. lesões Infra-articulares de joelho;
 - 3.1.26. lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
 - 3.1.27. luxação de Ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
 - 3.1.28. síndromes compressivas nervosas;
 - 3.1.29. diálises e hemodiálises;
 - 3.1.30. qualquer tipo de hérnia e suas consequências decorrente de doença;
 - 3.1.31. gravidez, parto ou aborto e quaisquer complicações ou suas consequências, desde que não decorrentes de acidentes pessoais;
 - 3.1.32. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações

decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de risco coberto;

- 3.1.33. quaisquer tipos de tratamentos ou danos estéticos, incluindo gastroplastia redutora, exceto a gastroplastia em casos de síndrome metabólica;
 - 3.1.34. internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
 - 3.1.35. estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
 - 3.1.36. doenças mentais ou psiquiátricas;
 - 3.1.37. automutilações e lesões auto-inflingidas, estando o Segurado mentalmente doente ou são;
 - 3.1.38. competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes de prática de esportes em eventos oficiais e federados com o aparato de atendimento médico de urgência;
 - 3.1.39. internações hospitalares, tratamentos ambulatoriais, exames diagnósticos, terapias e consultas médicas realizadas por profissionais de especialidades não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina ou por médicos que sejam legalmente habilitados.
- 3.2. Também estarão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Temporária por Doença ou Acidente os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

4. Capital Segurado

- 4.1. **O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis, e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.**
 - 4.1.1. **As parcelas serão indenizadas enquanto o segurado permanecer impossibilitado de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, respeitada a quantidade máxima de parcelas indenizáveis.**
- 4.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital segurado, a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

5. Prêmio

- 5.1. A Seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. Carência

- 6.1. **O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.**
- 6.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.
- 6.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

7. Franquia

- 7.1. Poderá ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o Segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça afastado por tempo maior do que a franquia estipulada.
- 7.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida no Contrato e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

8. Cessação desta Cobertura

8.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- 8.1.1.1. simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
- 8.1.1.2. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva.

9. Liquidação de Sinistro

9.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais (item 15), deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

- 9.1.1. **formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;**
- 9.1.2. 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;
- 9.1.3. exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
- 9.1.4. cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- 9.1.5. cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável;
- 9.1.6. cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- 9.1.7. cópia dos comprovantes de pagamento;
- 9.1.8. documento oficial informando o valor do bem, o saldo devedor (original) e o valor das parcelas do financiamento;
- 9.1.9. cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- 9.1.10. cópias dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
- 9.1.11. autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

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

10. Disposições Gerais

10.1. Esta Cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, tem função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. Objetivo

- 1.1. Se ratificada na Apólice, esta cláusula tem por objetivo estabelecer a inclusão do cônjuge dependente do Segurado Principal no seguro contratado, com as coberturas e na forma estabelecida na mesma.
 - 1.1.1. As coberturas para o cônjuge, incluído conforme esta Cláusula Suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o Segurado Principal, do qual o cônjuge é Segurado Dependente.
 - 1.1.2. As coberturas contratadas por esta Cláusula Suplementar não se aplicam ao cônjuge que tenha sido aceito como Segurado Principal no seguro.
 - 1.1.3. Será considerada como Cônjuge, para fim de inclusão, a pessoa unida ao Segurado Principal pelo casamento civil, realizado em conformidade com a lei, assim como a(o) companheira(o) que por força de legislação tenha adquirido as prerrogativas de cônjuge, mediante comprovação de união estável.

2. Forma de Adesão do Cônjuge

- 2.1. A adesão dos cônjuges dos Segurados Principais à apólice poderá ser feita de forma automática ou facultativa, respeitadas as condições de ingresso e limites de idade estabelecidos na Apólice.
 - 2.1.1. **Não poderão ser incluídos no seguro os cônjuges que estejam aposentados por invalidez ou que estejam afastados ou impossibilitados de exercer atividades laborativas por motivo de doença.**
- 2.2. **Adesão Automática:** Através desta forma de adesão, estarão cobertos todos os cônjuges dos Segurados Principais, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão apenas pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 2.3. **Adesão Facultativa:** Através desta forma de adesão, estarão cobertos os cônjuges dos Segurados Principais que fizerem solicitação expressa de inclusão, mediante o preenchimento e a assinatura da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 2.4. **O Segurado Principal é responsável pelas informações prestadas acerca de si e de seu cônjuge.**

3. Riscos Cobertos

- 3.1. Estarão cobertos os riscos descritos nas Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas para os cônjuges, constantes na Apólice, respeitadas os termos e condições desta Cláusula e das demais Condições Contratuais.

4. Riscos Excluídos

- 4.1. **São os previstos nas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada para os cônjuges.**

5. Capital Segurado

- 5.1. Os capitais segurados das coberturas contratadas para o cônjuge serão definidos na Apólice e não poderão ser superiores a 100% (cem por cento) dos capitais segurados para o respectivo Segurado Principal.

6. Vigência da Cobertura Individual

- 6.1. A cobertura dos riscos individuais do cônjuge previstos nesta Cláusula começará a vigorar:
- 6.1.1. na data do início da cobertura do risco individual do Segurado principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
 - 6.1.2. se o cônjuge for incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão;
 - 6.1.3. na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta Cláusula for incluída após o início de vigência da mesma.

7. Cessaçãõ da Cobertura do Cônjuge

- 7.1. Além das hipóteses previstas nos itens 10 e 11 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cobertura cessa ainda:
- 7.1.1. Para o Segurado Dependente:
- 7.1.1.1. simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cobertura;
 - 7.1.1.2. a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da Apólice Coletiva;
 - 7.1.1.3. com a morte do Segurado Principal;
 - 7.1.1.4. com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal;
 - 7.1.1.5. com o pedido por escrito do Segurado Principal.

8. Documentos para Regulação de Sinistros

- 8.1. Em complemento à cláusula 14. das Condições Gerais deste seguro, além dos documentos previstos nas coberturas contratadas para o cônjuge, como segurado dependente, será necessária, conforme o caso, cópia da declaração de Imposto de Renda ou de cadastro na previdência social comprovando a dependência econômica.

9. Ratificação

- 9.1. Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cláusula Suplementar.

**CONDIÇÕES PARTICULARES - SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA
PROGRAMA GUANABARA CARD**

USEBENS SEGUROS S/A

CNPJ nº 09.180.505/0001-50

PROCESSO SUSEP Nº 15414.90005/2013-21

1 - OBJETIVO DO SEGURO

1.1. As presentes Condições Particulares modificam e/ou complementam as Condições Gerais e Especiais do Seguro de Vida Prestamista, e inobstante o que estiver determinado nas Condições Gerais deste contrato, as presentes Condições Particulares prevalecem sobre quaisquer outras disposições em contrário.

1.2. O capital segurado é a importância máxima a ser paga ao estipulante em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

2 - VIGÊNCIA DO SEGURO

2.1. As datas de início e fim de vigência das coberturas contratadas pelos clientes do Guanabara Card no Seguro de Vida Prestamista, se dará no dia seguinte ao pagamento da fatura do respectivo cartão, com término no vencimento original do próximo ciclo de cobrança, seguindo as regras abaixo:

- **No dia posterior ao pagamento**, caso seja efetuado **na mesma data do vencimento da fatura**, findando sua vigência na data do vencimento do próximo ciclo;
- **No dia posterior ao vencimento original**, caso seja **efetuado o pagamento antecipadamente**, findando sua vigência na data do vencimento do próximo ciclo;
ou
- **No dia posterior ao pagamento**, caso seja efetuado **após o vencimento original da fatura**, findando sua vigência na data do vencimento do próximo ciclo.

2.2. Caso a fatura não seja paga até a data do próximo corte de cobrança, que normalmente ocorre 10 (dez) dias antes do vencimento original, o seguro referente ao ciclo anterior será retirado do demonstrativo de cobrança, não fazendo jus a cobertura securitária no respectivo período de inadimplência.

2.2.1. Ocorrendo o descrito no item 2.2., a fatura subsequente terá o valor lançado de seguro correspondente ao próximo mês de vigência, estando o próximo ciclo com a devida cobertura securitária vigente, desde que ocorra o respectivo pagamento em uma das hipóteses citadas no item 2.1..

3 - DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais e Especiais não modificadas pelas presentes Condições Particulares.