

**SEGURO PRESTAMISTA
CONSÓRCIO**

Capital Segurado Vinculado

Condições Contratuais

Versão 1.3

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.002696/2011-85

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS DO SEGURO	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	8
6. INCLUSÃO DO SEGURADO.....	8
7. CARÊNCIA.....	8
8. FRANQUIA.....	9
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	9
10. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO	9
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	11
12. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	12
13. CAPITALS SEGURADOS	12
14. BENEFICIÁRIOS.....	13
15. CUSTEIO DO SEGURO	14
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	14
17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.....	15
18. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	15
19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	15
20. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	16
21. CANCELAMENTO DA APÓLICE	16
22. PERDA DE DIREITOS.....	17
23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	18
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	20
25. REGIME FINANCEIRO	20
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA	21
27. PRESCRIÇÃO.....	21
28. FORO.....	21
29. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	21
CONDIÇÕES ESPECIAIS.....	22
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M.....	22
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	22
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	22
3. CAPITAL SEGURADO	22
4. DATA DO EVENTO	22
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	22
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	22
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	22
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	24
COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	25
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	25
2. DEFINIÇÕES	25

3. RISCOS COBERTOS.....	25
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	26
5. CAPITAL SEGURADO.....	27
6. DATA DO EVENTO.....	27
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	27
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	27
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	27
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – PRIFT-A29	
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	29
2. DEFINIÇÕES.....	29
3. ELEGIBILIDADE.....	29
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	29
5. CAPITAL SEGURADO.....	30
6. DATA DO EVENTO.....	30
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	30
8. CARÊNCIA.....	30
9. FRANQUIA.....	30
10. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	30
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	31
12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	32
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PRDI.....	33
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	33
2. DEFINIÇÕES.....	33
3. ELEGIBILIDADE.....	33
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
5. CAPITAL SEGURADO.....	34
6. DATA DO EVENTO.....	34
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	34
8. CARÊNCIA.....	34
9. FRANQUIA.....	34
10. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	35
11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	35
12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES.....	36
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	36
OUVIDORIA.....	37

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro tem por objetivo, mediante o recebimento do Prêmio, amortizar ou custear, total ou parcialmente, Obrigação assumida pelo Devedor, no caso de ocorrência de Sinistro coberto, até o limite do Capital Segurado contratado, **observados os Riscos expressamente Excluídos, as hipóteses de perda do direito ao recebimento do Capital Segurado e as demais disposições contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e suas tentativas; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **Excluem-se desse conceito:**

- b.1) **As doenças, inclusive 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.2) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- b.3) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- b.4) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal.**

Apólice: documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Proponente ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

Beneficiário: pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese da ocorrência do Sinistro.

Capital Segurado: valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.

Capital Segurado Vinculado: modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

Carência: período, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da Vigência do Seguro, no caso de suspensão, durante o qual, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) Capital(is) Segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de Evento Coberto.

Certificado Individual: documento que comprova a inclusão do Segurado na Apólice coletiva.

Cobertura: obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.

Comoriência: é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento do Segurado principal e do(s) Beneficiário(s) na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

Companheiro(a): é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo Contrato de Seguro.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do(s) Segurado(s), do(s) Beneficiário(s) e, quando couber, do Estipulante.

Conjugação: é a contratação de mais de uma Cobertura securitária constante no presente instrumento.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do(s) Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s).

Corretor de Seguros: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídica, de direito público ou privado. **O Corretor de Seguros responde civilmente perante os Segurados, Seguradora e os Beneficiários, pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.**

Credor: aquele a quem o Devedor deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada objeto deste seguro.

Culpa Grave: termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do Segurado.

Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade: documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

Devedor: aquele que deve pagar o valor decorrente da Obrigação contratada, objeto deste seguro.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da contratação do seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, no preenchimento da proposta ou Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade, poderá ensejar a perda do direito ao seguro.

Endosso: documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma Apólice, de comum acordo com o Segurado.

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 regulamentação em vigor, podendo assumir o papel de Credor ou do Devedor nas operações do seguro prestamista.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Coberturas previstas na Apólice.

Foro: âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrente do Contrato de Seguro.

Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do Evento Coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à Cobertura contratada.

Grupo Segurado: totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

Indenização: valor a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora, quando da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado individual da Cobertura contratada.

Médico/Médico Assistente: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **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, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

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.

Prêmio: valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora correspondente a cada uma das Coberturas contratadas, destinados ao custeio do seguro.

Premoriência: morte do Beneficiário antes do falecimento do Segurado.

Proponente: interessado em contratar a(s) Cobertura(s) do seguro, ou aderir ao contrato, no caso de contratação sob a forma coletiva.

Proposta de Adesão: documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob a forma coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais, Condições Especiais e demais disposições contratuais.

Proposta de Contratação: documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais da Apólice.

Pro Rata Temporis: no caso do seguro, é o método de calcular o Prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do Contrato de Seguro.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).

Regulação de Sinistro: conjunto de procedimentos realizados pela Seguradora na ocorrência de um Sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de liquidação de Sinistro, documento emitido por Médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge/ Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

Riscos Excluídos: são os potenciais eventos danosos indicados expressamente nas Condições Contratuais, como riscos não cobertos pelo seguro em caso de Sinistro.

Saldo Devedor: é a diferença entre o valor financiado/crédito concedido reajustado, acrescido dos encargos da operação e o valor total que já foi amortizado (pago) até a data da apuração ou liquidação do Sinistro.

Segurado: é a pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titulares, instituidores, administradores ou empresários integrantes do quadro social da empresa na data de adesão ao seguro.

Seguradora: é a empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) Cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de Prêmio, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do seguro.

Sinistro: é a ocorrência do Evento Coberto, durante o período de Vigência do Seguro.

Valor da Categoria: em consórcios, é o valor do crédito acrescido da taxa de administração e fundo de reserva, desde que devidamente averbados com Prêmio recolhido.

Vigência do Seguro: é o período definido na Apólice de seguro, nos quais as Coberturas de riscos propostas serão garantidas pela Seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultado ao Estipulante a escolha das Coberturas do seguro, aplicáveis a todo Grupo Segurado, respeitando as regras de Conjugação de planos indicadas nesta cláusula. **O conjunto das Coberturas contratadas deverá**

ser identificado na Proposta de Contratação, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas básicas relacionadas abaixo:

3.1.1. Coberturas Básicas

- a) Morte – M
- b) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

3.1.2. Coberturas Adicionais

- a) Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente – PRIFT–A
- b) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PRDI

- 3.2. As Coberturas básicas de Morte – M e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA poderão ser contratadas em conjunto ou separadamente.
- 3.3. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de Coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou de dependente.
- 3.4. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.
- 3.5. A definição de cada uma das Coberturas mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas Condições Especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTES SEGUROS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
 - A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO(S) COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO À ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO A OUTREM;
 - C) DE EPIDEMIAS E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS;
 - D) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO OU DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E/OU ATIVIDADE;
 - E) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO CREDOR, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE;
 - F) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO, E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DAS SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO DE COBERTURA.

NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;

- G) DE INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
 - H) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);
 - I) 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;
 - J) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTES, DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;
 - L) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;
 - M) DE 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; E
 - N) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1 ACIMA, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, SE CONTRATADAS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
- A) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;
 - B) DA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
 - C) DE ERROS MÉDICOS;
 - D) DE DOENÇAS 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 PESSOAL COBERTO;
 - E) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
 - F) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MÓTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS; E
 - G) DE ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico de cada uma das Coberturas será definido nas respectivas Condições Especiais.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão do Segurado na Apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de Proposta de Adesão e, quando solicitado, a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades.

7. CARÊNCIA

7.1. Poderão ser aplicadas Carências nas Coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas Condições Especiais de cada Cobertura e no Contrato de Seguro.

7.2. **Haverá Carência nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**

- 7.3. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da respectiva Cobertura individual de cada Segurado ou em relação ao valor do aumento do Capital Segurado ou da Cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do Contrato de Seguro. Nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica a diferença do Capital Segurado aumentado ou à Cobertura incluída.
- 7.4. **O período de Carência para as Coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de Carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do Certificado Individual do seguro.**
- 7.5. No caso de transferência do Grupo Segurado de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de Carência para o(s) Segurado(s) já incluído(s) no seguro pela Apólice anterior.
- 7.6. **Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal não será aplicada Carência, ressalvada a hipótese prevista no item 7.2.**
- 7.7. **Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.**
- 8. FRANQUIA**
- 8.1. A Franquia, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial de cada Cobertura e no Contrato de Seguro.
- 9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA**
- 9.1. **A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Estipulante, e pelo Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.**
- 9.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de recebimento da Proposta de Contratação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto acima, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.
- 9.3. **A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 9.2, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.**
- 9.3.1. Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de Proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 9.2, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da Proposta de Contratação ou taxação do risco.
- 9.4. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Estipulante ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 9.5. A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da Proposta de Contratação.
- 9.6. **É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.**
- 10. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO**
- 10.1. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 10.2. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora, acompanhados das seguintes informações cadastrais:
- 10.2.1. Se Pessoa Física:
- Nome completo;
 - Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;
 - Natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
 - Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.
- 10.2.2. Se Pessoa Jurídica:
- A denominação ou razão social;
 - Atividade principal desenvolvida;

- c) Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; e
 - d) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.
- 10.3. Poderá ser aceito como Segurado, todo Proponente que, na data da contratação do seguro, atenda os seguintes critérios:
- a) Estar em condições normais de saúde;
 - b) Estar em plena atividade profissional ou, no caso de aposentados, somente por tempo de serviço;
 - c) Ter mais de 14 (quatorze) anos e menos que a idade máxima definida no Contrato de Seguro e informada na Apólice;
 - d) A idade do Segurado, obtida entre a soma da idade na data da assinatura do contrato ao prazo do financiamento/grupo, não poderá ser superior a idade indicada na Apólice; e
 - e) Preencher e assinar a Proposta de Adesão, juntamente com Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (quando solicitado).
- 10.4. Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados os seus sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, constantes no contrato social, na data da adesão ao seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.
- 10.5. Nos casos de cota de consórcio em nome de pessoa jurídica:
- a) Deverá ser informado no momento da contratação do seguro as datas de nascimento de todos os sócios;
 - b) Serão considerados somente os sócios com participação no capital social da empresa na data de adesão, e, a Indenização será feita na mesma proporção de participação de cada sócio no capital social da empresa, desde que atenda as condições, conforme descrito nesta cláusula;
 - c) Nos casos em que haja uma cota de consórcio em nome de 3 (três) pessoas físicas, a Indenização será proporcional ao número de titulares da cota, observando-se as restrições de adesão na Apólice de seguro. Se, por qualquer motivo, um dos titulares da cota de consórcio, estiver impedido de ingressar na Apólice, o percentual de Cobertura a ele correspondente será transferido aos outros participantes que satisfaçam as Condições Contratuais do seguro; e
 - d) **Caso um dos sócios não atenda aos requisitos descritos nesta cláusula ou ainda não atenda à alínea “d” do item 4.1 da CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, a Seguradora ficará isenta do pagamento da Indenização de sua cota parte.**
- 10.6. Nos casos de cota de consórcio adquirido em nome de pessoa jurídica, sociedade anônima, a Seguradora ficará isenta do pagamento da Indenização e efetuará a devolução do Prêmio pago.
- 10.7. Não estarão cobertos pelo presente seguro Segurados que:
- a) Não tenham preenchido a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade constante da Proposta de Adesão, (se solicitado) e/ou que esta tenha sido recusada;
 - b) Sejam sócios do Estipulante, a qualquer título;
 - c) Não tenham observado a legislação referente ao capítulo I da personalidade e capacidade da pessoa física, descrita no Código Civil Brasileiro;
 - d) Sejam órgãos da União, Estados, Municípios e respectivas Autarquias, bem como de empresas controladas direta ou indiretamente pelo Poder Público;
 - e) Sejam associações, igrejas, cooperativas, sindicatos e instituições similares; e
 - f) Não tenham pago **o prêmio devido à Seguradora, não averbados.**
- 10.8. Para os casos de massa transferida, serão aceitos todos os consorciados que já possuem contrato junto ao Estipulante, juntamente com o envio dos seguintes documentos: cópia da Apólice anterior e relação de faturamento com recolhimento de Prêmio dos últimos 3 (três) meses.
- 10.9. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do Prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à Indenização, além da Obrigação ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do Prêmio, mesmo após a caracterização do Evento Coberto.

- 10.9.1.** A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (ou prova de saúde e/ou atividades), podendo ser compulsória ou facultativa.
- 10.10.** A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.
- 10.11.** A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 10.11.1.** Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 10.9. No caso de Proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 10.9, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 10.12.** **A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.**
- 10.13.** A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 10.9, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 10.14.** O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.
- 10.15.** **Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelo critério “Pro Rata Temporis” correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição.**
- 10.15.1.** No caso de extinção do IPCA/IBGE, o índice a ser utilizado será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 10.16.** Durante o período compreendido entre a data da recepção da Proposta de Adesão com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa do risco, haverá Cobertura pelo seguro.
- 10.17.** A aceitação da adesão individual, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.
- 10.18.** Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- 10.19.** **A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante.** A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 10.11 e subitem 10.11.1 desta cláusula.
- 10.20.** Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE**
- 11.1.** A vigência da Apólice coletiva estará estabelecida no Contrato de Seguro e na própria Apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas para tal fim.
- 11.2.** Caso o Credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à Obrigação segurada, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, observando-se que:
- 11.2.1.** Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio correspondente ao período remanescente; e
- 11.2.2.** Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora se manifestará no prazo de até 15 (quinze) dias da comunicação feita pelo Credor, sobre o seu interesse na extensão da Vigência do Seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos para a aceitação do risco.
- 11.3.** A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual ao contratado inicialmente, uma única vez, salvo se a Seguradora, o Estipulante ou o Grupo Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, da data de vencimento da vigência da Apólice, comunicar por escrito o seu desinteresse pela continuidade do seguro.

- 11.4. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, Seguradora e Estipulante, sendo que cabe à Seguradora, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.
- 11.5. Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o Segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao Estipulante para que este comunique a Seguradora.
- 11.6. A aceitação da Proposta de Contratação, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo Endosso.
- 11.7. O Endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.
- 11.8. A Apólice não será renovada caso o Estipulante não aceite as condições de reavaliação propostas pela Seguradora, para a manutenção do seguro.
- 11.9. **Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, de ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.**
- 11.10. A Apólice não poderá ser cancelada durante a Vigência do Seguro pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 11.11. No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, a Cobertura de cada Segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao Prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos Prêmios pagos.
- 11.12. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.**

12. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 12.1. A vigência da Cobertura individual de cada Segurado, desde que o Proponente seja aceito no seguro, terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas no Certificado Individual do seguro.
 - 12.1.1. **Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado total ou parcial do valor do Prêmio, o início de vigência da Cobertura do Certificado Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.**
 - 12.1.2. **Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado do Prêmio, o início de vigência da Cobertura do Certificado Individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.**
- 12.2. A vigência dos Certificados Individuais corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término, ou será acordado entre as partes, nos casos em que a Obrigação perdurar por período indeterminado.
- 12.3. Para os contratos em andamento, ou seja, massa transferida, a Cobertura individual terá início junto com a vigência da Apólice coletiva.
- 12.4. O prazo de vigência da Cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no Certificado Individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da Apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por mais um período igual ao contratado inicialmente. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 11 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 12.5. Na emissão e em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).
- 12.6. **A Cobertura individual terá vigência pelo período em que a Apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**

13. CAPITAIS SEGURADOS

- 13.1. A modalidade de Capital Segurado deste plano de seguro é a de **Capital Segurado Vinculado**, ou seja, o Capital Segurado contratado é necessariamente igual ao valor da Obrigação assumida pelo Segurado junto ao Credor, objeto do seguro, sendo alterados automaticamente a cada amortização ou reajuste.

- 13.2. O Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas será estabelecido na Apólice e nos respectivos Certificados Individuais do seguro e será o valor máximo de Indenização devida na data de ocorrência do Evento Coberto. Os valores ora mencionados serão apurados na data do Evento Coberto, de acordo com as Condições Especiais das Coberturas contratadas e conforme modalidade de capital descrita na cláusula anterior.
- 13.3. **Na ocorrência de Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor do Capital Segurado a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na Cláusula 14 – BENEFICIÁRIOS.**
- 13.4. **No caso de contratação por pessoa jurídica, onde os Segurados será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrantes do quadro social da empresa, o Capital Segurado será único e limitado ao valor contratado, independentemente da quantidade de sócios Segurados. O valor do Capital Segurado referente a cada sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) poderá sofrer variações decorrentes de mudanças na composição societária da pessoa jurídica.**
- 13.5. Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.
- 13.6. Poderá ser efetuado o aumento dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de Capital Segurado individual vigente no Contrato de Seguro, em caso de renovação e/ou renegociação do Saldo Devedor junto ao Credor. Se forem aceitos pela Seguradora, a vigência dos novos Capitais Segurados terá início no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova Proposta de Adesão e a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), iniciando-se nova Carência de 2 (dois) anos aplicável sobre a diferença entre o Capital Segurado anterior e o novo capital, para hipótese de suicídio ou sua tentativa.
- 13.7. O Estipulante fica ciente que, para o aumento do Capital Segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do Capital Segurado não declarada na Proposta de Adesão, o pagamento da Indenização prevista para a Cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios ao Estipulante e/ou Segurado.
- 13.8. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.
- 13.9. 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, poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e conseqüentemente à Indenização a ser paga em caso de Evento Coberto.
- 13.10. Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.

14. BENEFICIÁRIOS

- 14.1. O primeiro Beneficiário do seguro será sempre 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.
- 14.2. A diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme dispuserem as Condições Gerais.
- 14.2.1. Nos casos de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de adesão ao seguro.
- 14.2.2. Nos casos em que o seguro for contratado por pessoa jurídica, este figurará exclusivamente como segundo Beneficiário para recebimento de eventual diferença entre a parcela da Indenização devida ao Credor e o Capital Segurado apurado na data do Evento Coberto.
- 14.3. 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.
- 14.4. Na falta das pessoas indicadas no item 14.3, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 14.5. É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, viúvo, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

- 14.6. Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, conforme o item 14.3.
- 14.7. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.
- 14.8. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, nos termos do Código Civil vigente.
- 14.9. O Segurado pode, a qualquer tempo, substituir o(s) Beneficiário(s), mediante encaminhamento à Seguradora de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.
 - 14.9.1. Qualquer alteração de Beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de protocolo da solicitação, devidamente assinada pelo Segurado, na Seguradora.
 - 14.9.2. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de Beneficiário, devidamente assinada pelo Segurado, a Seguradora aplicará a distribuição do Capital Segurado conforme a indicação imediatamente anterior.
- 14.10. Em caso de indicação de Beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do Segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), a Indenização será paga conforme disposto no Código Civil brasileiro.
- 14.11. Não será admitida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

15. CUSTEIO DO SEGURO

- 15.1. A forma de custeio do seguro será contributário, ou seja, aquele em que o Segurado paga integralmente o Prêmio do seguro.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 16.1. A periodicidade de pagamento do Prêmio poderá ser em parcela única ou fracionada. Quando o pagamento for na forma fracionada, poderá ser nas periodicidades: mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. A opção de periodicidade será conforme definida no Contrato de Seguro.
 - 16.1.1. Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o Prêmio fracionado.
 - 16.1.2. Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do Certificado Individual do seguro.
 - 16.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 16.2. Para garantir seu direito à Cobertura, o Segurado e/ou Estipulante deverão efetuar o pagamento do Prêmio do seguro, até a data limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na Proposta de Contratação.
- 16.3. O pagamento dos Prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecida na Apólice e no Certificado Individual.
- 16.4. O Prêmio deverá ser pago obrigatoriamente através da rede bancária ou outras formas admitidas em lei até a data de vencimento estabelecidas no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses ao Corretor de Seguros em até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.
- 16.5. Caso a data de vencimento do Prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja a suspensão de suas Coberturas ou sem acréscimo de valor.
 - 16.5.1. Os pagamentos dos Prêmios obedecerão às disposições vigentes, não sendo admitida, sob qualquer hipótese, a sua compensação com Sinistros pendentes, renunciando expressamente o Estipulante a esta compensação, de acordo com o permissivo constante do Código Civil brasileiro.

- 16.6. Qualquer Indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do Prêmio tiver sido realizado pelo Segurado ou Estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 16.7. Caso o Sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do Prêmio, o direito ao Capital Segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.
- 16.8. Mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês de competência do risco, deverá ser enviada à Seguradora uma listagem de todos os Segurados por qualquer meio magnético, com as informações necessárias para o cálculo do Prêmio, incluindo-se nome, sexo, CPF, data de nascimento e data de inclusão (conforme estrutura de arquivo de averbação mensal – Anexo I das Condições Contratuais). Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado, a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.
- 16.9. Será informado nas Condições Contratuais do seguro o valor mínimo para o faturamento mensal, independentemente da quantidade de Segurados.
- 16.10. Caso haja falta de pagamento do Prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nas Cláusulas 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, destas Condições Gerais.
- 16.11. Os Prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 18 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas Condições Gerais.
- 16.12. Os tributos incidentes sobre o valor do Prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

- 17.1. Não haverá atualização monetária para os valores do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.
- 17.2. Dado que os Capitais Segurados são estabelecidos a partir do valor da dívida do Segurado na data de ocorrência do evento gerador da Indenização, os Capitais Segurados e os Prêmios serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração do Saldo Devedor da Obrigação assumida pelo Segurado.
- 17.3. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado ou do Prêmio de seguro, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês, contados, desde a data do Evento Coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de Sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do Prêmio).
- 17.4. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da Obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 17.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 17.6. O pagamento de 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 devidos.

18. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 18.1. Na ocasião da renovação, a Seguradora reavaliará as condições e Prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.
- 18.2. Anualmente, será efetuada a apuração de sinistralidade da Apólice (Sinistro dividido por Prêmio), e caso o percentual seja superior a 50% (cinquenta por cento), a Seguradora revisará as condições do negócio, e os ajustes serão efetuados de acordo com as condições descritas abaixo:
 - 1º) Redução da comissão; e/ou por último,
 - 2º) Reajuste no valor do Prêmio.
- 18.3. Em caso de reavaliação de taxa, esta deverá ser realizada por Endosso à Apólice e a modificação da Apólice em vigor que implique em ônus aos Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 19.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura ou Prêmio do seguro, a Cobertura será suspensa.

19.1.1. Durante o período de inadimplência, até o vencimento da segunda parcela, a Cobertura do seguro será mantida com consequente cobrança do Prêmio e, quando for o caso, o abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

19.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura ou parcela.

19.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

19.3.1. A data do cancelamento automático da Apólice será o 1º (primeiro) dia de vigência do período de Cobertura a que se referir a 1ª (primeira) fatura/parcela em aberto.

20. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

20.1. 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.

20.2. A Cobertura individual de cada Segurado termina, sem qualquer restituição de Prêmio:

- a) Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na Cláusula 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) Quando terminar o período de vigência da Apólice ou ocorrer a não renovação da mesma, respeitado o período de vigência correspondente ao Prêmio de seguro efetivamente pago;
- d) Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado;
- e) Com o cancelamento a pedido da Seguradora, desde que o aviso prévio seja feito com 60 (sessenta) dias de antecedência;
- f) Quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte no Prêmio;
- g) Com o término do prazo do financiamento/consórcio;
- h) Com o pagamento pelo Segurado da última parcela devida junto ao Estipulante, salvo se houver antecipação das parcelas;
- i) Com o falecimento do Segurado;
- j) Com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando a Cobertura prever a exclusão do Segurado da Apólice contratada;
- k) Com o não pagamento do Prêmio devido, excedendo o prazo de inadimplência estabelecido na Cláusula 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
- l) Se o Segurado não fizer declarações verdadeiras ou completas, ou omitir circunstâncias do seu conhecimento que pudessem ter influenciado na aceitação do seguro ou na determinação do Prêmio;
- m) Se o Segurado ou seus prepostos praticarem atos ilícitos ou dolo, simulando, provocando, ou agravando as consequências do Sinistro, para obter benefícios deste seguro, devidamente comprovados;
- n) Com o cancelamento do Certificado Individual ou a quitação total da dívida ou do compromisso assumido pelo Segurado, observado o período de vigência correspondente ao Prêmio do seguro efetivamente pago;
- o) Com a Indenização decorrente do falecimento de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s), no caso de contratação por pessoa jurídica;
- p) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor; e
- q) Imediatamente se constatado uma das hipóteses previstas na Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS.

21. CANCELAMENTO DA APÓLICE

21.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na Cláusula 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do Prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do Prêmio.

21.2. Havendo o desejo por parte do Segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à Seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do Prêmio pago.

21.3. No caso de morte do Segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do Evento Coberto.

- 21.4. Em caso de extinção antecipada da Obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.
- 21.5. A Apólice ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:
- A qualquer tempo, por mútuo acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
 - No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observados as seguintes disposições:
 - A Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido; e
 - Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com o critério Pro Rata Temporis;
 - Se houver descumprimento de qualquer cláusula/disposição das Condições Contratuais da Apólice;
 - Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Estipulante e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização;
 - Quando o Estipulante deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos Prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA destas Condições Gerais;
 - No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
 - Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 22 – PERDA DE DIREITOS.
- 21.6. A Apólice coletiva não poderá ser cancelada durante a vigência, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. PERDA DE DIREITOS

- 22.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os Prêmios pagos e terá ainda o direito ao recebimento do Prêmio vencido, caso o Estipulante, o Segurado, seu(s) preposto(s), seu(s) Beneficiário(s), seu Corretor de Seguros ou seu(s) representante(s) legal(is):
- Agravar intencionalmente o risco, nos termos do Código Civil brasileiro;
 - Fizer declaração(ões) inexata(s), falsa(s), simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização ou omitir circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou no valor do Prêmio;
 - Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
 - Agirem com dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou Culpa Grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar o pagamento da Indenização, ou ainda tentar(em) obter vantagem indevida com o evento reclamado; e
 - Tentar(em) impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do Evento Coberto.
- 22.2. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má-fé do Estipulante, Segurado, seus prepostos, seu(s) Beneficiário(s), seu Corretor de Seguros ou seu(s) representante(s) legal(is), a Seguradora poderá:
- Na hipótese de não ocorrência de Evento Coberto:
 - Cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio devido ou restringindo a Cobertura contratada.
 - Na hipótese de ocorrência de Evento Coberto com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, mediante o recebimento do Prêmio devido, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.

III – Na hipótese de ocorrência de Evento Coberto com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença do Prêmio devido.

- 22.3. O(s) Segurado(s) e/ou o Credor será(ão) obrigado(s) a comunicar à Seguradora, logo que saiba(m), de todo e qualquer incidente suscetível de agravar o Evento Coberto, sob pena de perder o direito à Cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé, conforme legislação em vigor.
- 22.4. Entende-se como “agravação do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Adesão e na Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (quando cabível).
- 22.5. Recebida a comunicação, a Seguradora, poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao Segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos após o recebimento do aviso de agravamento do risco.
- 22.6. O não fornecimento da documentação solicitada para cada Cobertura contratada implica na suspensão do direito à Indenização.
- 22.7. O cancelamento do Contrato de Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, quando houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 23.1. Ocorrendo qualquer um dos Eventos Cobertos pelo seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a Seguradora através do Estipulante ou outro meio que a Seguradora disponibilize.
- 23.2. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos para o pagamento do Capital Segurado devido, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas Condições Especiais das respectivas Coberturas, observando que a documentação especificada nas respectivas Condições Especiais não é restritiva.
- 23.2.1. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a Regulação do Sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos/informações complementares solicitados.
- 23.3. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 23.4. A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará na suspensão do processo de Sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do Segurado ou Beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.
- 23.5. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o aviso do Sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Capital Segurado. A Seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.
- 23.6. Na ocorrência de Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado.
- 23.7. O valor a ser indenizado ao(s) Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do Evento Coberto, conforme disposto nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.
- 23.8. O pagamento da Indenização cancelará automaticamente o Certificado Individual.
- 23.9. Na ausência de médico que tenha assistido o Segurado, será aceito profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 23.10. Não será aceito, para fins do pagamento do Capital Segurado, relatório emitido por médico que seja o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.

- 23.11. As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual Capital Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 23.12. Quando a Seguradora recusar um Sinistro com base nas Condições Contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao Estipulante, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.**
- 23.13. Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do Evento Coberto.**
- 23.14. A Seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no Segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do Evento Coberto.**
- 23.15. A perícia será efetuada por médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.**
- 23.16. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da invalidez ou incapacidade física do Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.**
- 23.17. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.**
- 23.18. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.**
- 23.19. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.**
- 23.20. 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, não cabendo nestes casos, pagamento de Capital Segurado por parte da Seguradora.**
- 23.21. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu Médico Assistente.**
- 23.22. Caso haja atraso no pagamento do Capital Segurado relativa ao Evento Coberto, a importância devida pela Seguradora será atualizada, bem como aplicado juros de mora a partir desta data, conforme previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.**
- 23.23. Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento e anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.**
- 23.24. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento reclamado pelo Segurado, não implicarão, por si só, no reconhecimento da Obrigação de pagar qualquer Indenização. 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, por intermédio do Estipulante, do Corretor de Seguros ou agente captador do seguro.**
- 23.25. Se após a Regulação do Sinistro, for identificado que a dívida ou compromisso assumido pelo Segurado, já tenha sido quitada ou amortizada antes da comunicação do Sinistro à Seguradora o Segurado ou terceiro poderá ser reembolsado pela Seguradora, desde que apresente a documentação original que comprove a quitação ou amortização da dívida contraída pelo Segurado diretamente ao Credor, nas seguintes situações:**
- a) Quando o Credor não conseguir apresentar boleto com vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis contados da data da sua entrega na Seguradora e não indicar outro meio para pagamento da Indenização; e**
 - b) Quando o Segurado ou terceiro quitar ou amortizar a dívida ou o compromisso assumido junto ao Credor antes de avisar o Sinistro.**

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 24.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do Estipulante:
- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
 - b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) Fornecer ao Segurado ou ao Beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
 - d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - e) Repassar os Prêmios de seguro à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
 - h) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do Capital Segurado;
 - j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
 - l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, seu CNPJ, 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; e
 - m) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.
- 24.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao Estipulante:
- a) Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;
 - c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.
- 24.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão ou o cancelamento do seguro, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante às cominações legais.
- 24.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) Segurado(s), a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o Prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.
- 24.5. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante sempre que solicitado.

25. REGIME FINANCEIRO

- 25.1. Este plano está estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de provisão matemática de

benefícios a conceder ou reserva técnica em nome de cada Segurado, para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro, ou seja, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

- 26.1.** As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor de Seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e Especiais e a nota técnica atuarial. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.
- 26.2.** **A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.**

27. PRESCRIÇÃO

- 27.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. FORO

- 28.1.** Fica eleito o Foro da comarca do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente Contrato de Seguro.
- 28.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de Foro diverso do previsto no item acima.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 29.1.** **Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.**
- 29.2.** **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 29.3.** **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 29.4.** As Condições Contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante do Certificado Individual do seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte natural ou acidental do Segurado, **devendo este último ser em decorrência direta e exclusiva de Acidente Pessoal coberto**, durante a Vigência do Seguro, **observados os riscos expressamente excluídos e as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a Cobertura básica de Invalidez Permanente e Total por Acidente – IPTA.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro pela Apólice vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 3.3. Caso haja pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Para esta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data de falecimento do Segurado, conforme Certidão de Óbito.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 6.1. **Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:**
 - a) **Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;**
 - b) **Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e**
 - c) **No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura em caso de morte do primeiro sócio, ou titular, ou instituidor, ou administrador ou empresário Segurado.**

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural deverá estar preenchido e assinado pelo médico;
 - b) Cópia da certidão e declaração de óbito do Segurado;
 - c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
 - d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver; e em todos os casos de Morte Acidental;

- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – pessoa física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico de atendimento, tratamentos e as causas da morte do Segurado;
- o) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- p) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas; e
- q) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o Segurado.

7.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) **Se Filhos:** Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo de parentesco;
- d) **Se Cônjuge:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) **Em caso de Companheiro(a):** enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do(a) Segurado(a);
- f) **No caso de Segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) **Se Pais:** Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem Companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e
- h) **Se Irmãos:** Certidão de Nascimento ou Casamento deste, caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas Condições Especiais desta Cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido, pela perda ou Impotência Funcional definitiva e total de membro ou órgão em decorrência de lesão física causada exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, especificado na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observados os Riscos Excluídos, as hipóteses de perda de direito e demais Condições Contratuais.**
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**
- 1.3. **Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a Cobertura básica de Morte – M.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura específica as seguintes definições:
 - Dano Estético:** subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
 - Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.
 - Redução Funcional:** alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. **Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda, redução ou Impotência Funcional definitiva, total de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, constante no item 3.6 abaixo, a ser pago em virtude de lesão física causada, exclusivamente em decorrência de Acidente Pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.**
- 3.2. No caso de Invalidez Permanente Total decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), de uma só vez, uma Indenização de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, de acordo com a Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, descrita no item 3.6 desta cláusula.
- 3.3. **Quando de um mesmo Acidente Pessoal coberto resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado. Da mesma forma, havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da Indenização prevista para sua perda total.**
- 3.4. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.**
- 3.5. **As Indenizações pelas Coberturas básicas de Morte – M e Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por IPTA, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a Indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPTA.**

- 3.6. **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE:** caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta Condição Especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

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	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável Nefrectomia bilateral	

- 3.7. A Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, mesmo que do mesmo Acidente Pessoal coberto tenha resultado mais de uma situação prevista na tabela acima.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:
- A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - C) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
 - D) OS ERROS MÉDICOS;
 - E) PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
 - F) ENVENENAMENTOS, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
 - G) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;
 - H) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
 - I) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;
 - J) TODO E QUALQUER DANO E/OU SEQUELA CAUSADOS PELA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
 - K) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES: I) QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO; II) DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS; OU III) QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR;
 - L) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO; E
 - M) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE OU TOTAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 4.2. NÃO HAVERÁ INDENIZAÇÃO NOS CASOS DE PERDA PARCIAL OU REDUÇÃO DE FUNÇÕES DE MEMBROS E/OU ÓRGÃOS, SEM QUE HAJA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE PESSOAL, NOS TERMOS DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.
- 4.3. A INVALIDEZ DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL NÃO DÁ DIREITO À INDENIZAÇÃO TOTAL. PARA EFEITO DE INDENIZAÇÃO, A PERDA OU MAIOR REDUÇÃO FUNCIONAL DE UM

MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE PESSOAL DEVE SER DEDUZIDA DO GRAU DE INVALIDEZ DEFINITIVA.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 5.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal coberto.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 17 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
 - b) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente a invalidez caracterizada apenas com um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurados; e
 - c) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural do Segurado, deverá ser preenchido e assinado pelo médico;
 - b) Cópia da certidão e declaração de óbito do Segurado;
 - c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
 - d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
 - f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
 - g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
 - h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
 - i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
 - j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
 - k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
 - l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – pessoa física devidamente preenchido;
 - m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;

- n) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- o) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- p) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o Segurado ou a pessoa que sofreu o Sinistro, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual; e
- q) Original do exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com laudo radiológico (ou tomografia computadorizada, ressonância magnética, eletroencefalograma, eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo).

9.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) **Se Filhos:** Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; e alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
- d) **Se Cônjuge:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) **Em caso de Companheiro(a):** enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do(a) Segurado(a);
- f) **No caso de Segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) **Se Pais:** Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e
- h) **Se Irmãos:** Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – PRIFT-A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de Prêmio adicional, o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), em caso de perda de renda por Incapacidade Física Temporária, decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto, desde que enquadrado no perfil indicado na Cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observado o período de Carência e Franquia, os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica a esta Cobertura, a seguinte definição:

Incapacidade Física Temporária: impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer sua profissão, em decorrência de Acidente Pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Serão elegíveis à contratação desta Cobertura, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos, que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item 11.1 da Cláusula 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta Condição Especial, que comprovarem possuir vínculo com o Estipulante, tenham idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em boas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.
- 3.2. **Após um evento de Incapacidade Física Temporária por acidente em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação dessa Cobertura novamente após o período de 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.**
- 3.3. **Não serão elegíveis 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.**
- 3.4. **É vedada a contratação desta Cobertura por pessoa jurídica.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO CONFORME INDICADO NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:**
 - A) **INCAPACIDADES, DOENÇAS, ACIDENTES, LESÕES TRAUMÁTICAS E CIRURGIAS COMPROVADAMENTE ANTERIORES À CELEBRAÇÃO DO SEGURO, PARA AS QUAIS O SEGURADO TENHA PROCURADO OU RECEBIDO ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DE QUALQUER NATUREZA, MESMO QUE OS AFASTAMENTOS SEJAM DECORRENTES DE AGRAVAMENTO, SEQUELA OU REAPARECIMENTO DESTAS, OU DE SEUS SINTOMAS E SINAIS, OU AINDA, DAS COMPLICAÇÕES CRÔNICAS OU DEGENERANTES DELAS CONSEQUENTES;**
 - B) **HOSPITALIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA;**
 - C) **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 ELAS RELACIONADOS;**
 - D) **CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICA OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS, EXCETO AQUELAS COM FINALIDADE COMPROVADAMENTE RESTAURADORA DE FUNÇÃO DIRETAMENTE AFETADA POR EVENTOS COBERTOS PELO SEGURO;**
 - E) **TRATAMENTO PARA OBESIDADE EM SUAS VÁRIAS MODALIDADES, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA;**
 - F) **PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;**

- G) DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS OU CONSEQUÊNCIAS DELES DECORRENTES;
 - H) AFASTAMENTOS DECORRENTES DE UM MESMO EVENTO QUE JÁ TENHA SIDO INDENIZADO PELA APÓLICE DE SEGURO VIGENTE;
 - I) LESÕES CAUSADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO – DORT;
 - J) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS;
 - K) DOENÇAS CRÔNICAS, MESMO EM FASE AGUDA, ENTENDENDO-SE COMO TAL AQUELAS CARACTERIZADAS POR SUA EVOLUÇÃO LONGA E INSIDIOSA, COM PERÍODO DE MELHORA E PIORA, NÃO RESPONDENDO SATISFATORIAMENTE A PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS;
 - L) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATOIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS;
 - M) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
 - N) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE;
 - O) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICO E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO; E
 - P) PROPONENTE PESSOA JURÍDICA.
- 4.1.1. **TAMBÉM ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA 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.**

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Os limites de Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante, conforme Condições Contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.
- 5.2. **Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.**

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para esta Cobertura considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade física total e temporária indicada no Relatório Médico.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional.

8. CARÊNCIA

- 8.1. **O período de Carência para esta Cobertura será, de até, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início da Vigência do Seguro, e será especificado nas Condições Contratuais da Apólice.**

9. FRANQUIA

- 9.1. **O período de Franquia para esta Cobertura poderá ser, de no máximo 15 (quinze) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do Evento Coberto, conforme especificado nas Condições Contratuais da Apólice.**

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 10.1. **Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:**
 - a) **Simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da Apólice à qual está vinculada; e**
 - b) **A pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da Apólice.**

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural do Segurado, deverá ser preenchido e assinado pelo médico;
- b) Cópia da Certidão e Declaração de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do laudo da polícia técnica e/ou laudo do instituto de criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- o) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- p) Relatório Médico, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período;
- q) Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência do Evento Coberto;
- r) Cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:
 - i. Última declaração do Imposto de Renda;
 - ii. Recibo de pagamento autônomo;
 - iii. Carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - iv. Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do Evento Coberto, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
 - v. Inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do Sinistro; e
- s) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor.

11.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;

- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
- Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) **Se Filhos:** Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
- d) **Se Cônjuge:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) **Em caso de Companheiro(a):** enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do Segurado;
- f) **No caso de Segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) **Se Pais:** Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e
- h) **Se Irmãos:** Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 12.1. O Segurado poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.
- 12.2. **A Seguradora devolverá qualquer Prêmio que o Segurado tiver pago em duplicidade.**

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PRDI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do Prêmio adicional, o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, em caso de perda de renda por Desemprego Involuntário do Segurado, desde que enquadrado no perfil indicado na Cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observado o período de Carência e Franquia, os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. **Não haverá Cobertura, se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas Condições Gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica a esta Cobertura a seguinte definição:
Desemprego Involuntário: perda do emprego remunerado e formal (registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS) do Segurado, em razão dele ter sido demitido pelo seu empregador sem justa causa.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Serão elegíveis à contratação desta Cobertura e recebimento da Indenização, todas as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício sujeito exclusivamente ao regime da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento e a atividade exercida possa ser comprovada através dos documentos relacionados na Cláusula 11 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.
- 3.2. **Desta forma, são inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e definição indicado no seu objeto, especialmente os:**
 - a) **Profissionais liberais, assim entendidos aqueles que exerçam profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística, sem vínculo empregatício;**
 - b) **Profissionais autônomos, assim entendidos aqueles que exerçam sua atividade profissional sem vínculo empregatício;**
 - c) **Empresários individuais, rurais ou sócios e/ou participantes de conselhos de administração de sociedade empresária, conforme definição prevista na legislação civil e comercial em vigor;**
 - d) **Funcionários públicos temporários ou que tenham cargo/mandato de eleição pública, assessores e outros nomeados cujos contratos de trabalho não estiverem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e/ou por estatuto (lei) específico; e**
 - e) **Proponente Pessoa Jurídica.**
- 3.3. **Após um evento de Desemprego Involuntário em que o Segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação novamente desta Cobertura, após a comprovação do período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto, para o mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.**
- 3.4. Para recebimento da Indenização, além dos requisitos descritos acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de dias correspondente à Franquia prevista para esta Cobertura, conforme Cláusula 9 – FRANQUIA, desta Condição Especial.
- 3.5. **É vedada a contratação desta Cobertura por pessoa jurídica.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS A:**
 - A) **RENÚNCIA OU PEDIDO DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA DO TRABALHO;**
 - B) **DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA DO SEGURADO;**
 - C) **JUBILAÇÃO, PENSÃO OU APOSENTADORIA DO SEGURADO;**

- D) ADESÃO PELO SEGURADO A PROGRAMAS DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA – PDV, INCENTIVADOS PELO EMPREGADOR DO SEGURADO OU APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FACULTATIVA OU COMPULSÓRIA) DO SEGURADO;
 - E) ESTÁGIOS E CONTRATOS DE TRABALHO TEMPORÁRIO EM GERAL;
 - F) PERDA DE EMPREGO RESULTANTE DE FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL DO EMPREGADOR DO SEGURADO;
 - G) CAMPANHAS DE DEMISSÕES EM MASSA. CONSIDERA-SE “DEMISSÃO EM MASSA” O CASO DE EMPRESAS QUE DEMITAM MAIS DE 10% (DEZ POR CENTO) DE SEU QUADRO DE PESSOAL NO MESMO MÊS;
 - H) DEMISSÕES DECORRENTES DO ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES DO EMPREGADOR;
 - I) PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR;
 - J) EXTINÇÃO AUTOMÁTICA OU TÉRMINO DE CONTRATO DE TRABALHO, QUANDO O CONTRATO DO SEGURADO TIVER PRAZO DETERMINADO (TAMBÉM CHAMADO DE “CONTRATO A TERMO”);
 - K) DISPENSA COM IMEDIATA ADMISSÃO EM EMPRESA, SEJA ELA PERTENCENTE OU NÃO AO MESMO GRUPO ECONÔMICO, COLIGADA, FILIADA, ASSOCIADA, SUBSIDIÁRIA E/OU ACIONISTA DA EMPRESA QUE REALIZOU A DEMISSÃO SEM JUSTA CAUSA DO SEGURADO;
 - L) EXTINÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO POR ACORDO ENTRE EMPREGADO E EMPREGADOR, CONFORME PREVISTO NA CLT;
 - M) SEGURADOS NÃO CONSIDERADOS ELEGÍVEIS À INDENIZAÇÃO, CONFORME A CLÁUSULA 3 – ELEGIBILIDADE, DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL;
 - N) SEGURADOS QUE TENHAM SIDO DEMITIDOS DURANTE O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA ANOTADO NA CARTEIRA PROFISSIONAL;
 - O) MILITARES QUE SEJAM EXONERADOS DE SUAS FUNÇÕES; E
 - P) PROPONENTE PESSOA JURÍDICA.
- 4.1.1. TAMBÉM ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL AQUELES 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.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Os limites de Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante conforme Condições Contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo Segurado junto ao Estipulante.
- 5.2. **A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas na contratação do seguro e indicadas no Certificado Individual.**
- 5.3. Caso haja o pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para esta Cobertura considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do desligamento do Segurado, comprovado mediante apresentação de cópia da Carteira Profissional e Previdência Social – CTPS e de Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional.

8. CARÊNCIA

- 8.1. **O período de Carência para esta Cobertura será, de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados da data do início de Vigência do Seguro, e será especificado no Certificado Individual do Segurado.**

9. FRANQUIA

- 9.1. **O período de Franquia para esta Cobertura será de, no máximo 31 (trinta e um) dias ininterruptos, a contar do desligamento do Segurado junto ao empregador, e estará especificado no Certificado Individual do Segurado.**

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 20 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da Apólice à qual está vinculada;
- b) A pedido do Estipulante do seguro, ou a critério da Seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da Apólice;
- c) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura; e
- d) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado ou Beneficiário. Em caso de morte natural do Segurado deverá ser preenchido e assinado pelo médico;
- b) Cópia da Certidão e Declaração de óbito do Segurado;
- c) Cópia do RG/RNE e CPF do Segurado;
- d) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, em caso de acidente, se houver, e em todos os casos de Morte Acidental;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- g) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, em caso de acidente, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia da Proposta de Adesão e do contrato completo com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- j) Cópia do Termo de Transferência com a Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividades (quando solicitado), devidamente preenchida e assinada pelo Segurado;
- k) Cópia do Laudo da Polícia Técnica e/ou Laudo do Instituto de Criminalística, realizada no local do acidente, se houver;
- l) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido;
- m) Cópia dos laudos de alcoolemia e toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o Segurado tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente, contendo o histórico de atendimento, tratamentos e as causas da morte do Segurado;
- o) Em caso de contratação por pessoa jurídica, cópia do contrato social ou estatuto social, com a respectiva ata de eleição, e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou Ficha Cadastral de Empresário Individual ou comprovante de cadastro de Microempreendedor Individual;
- p) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o Saldo Devedor atualizado do consórcio contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- q) Cópia das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão (do último contrato de trabalho) e dispensa e página posterior em branco e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver. A autenticação deverá ocorrer após o período de Franquia, descrito na Cláusula 9 – FRANQUIA, desta Condição Especial e estabelecido no contrato;
- r) Para o recebimento da primeira Indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior ao período de Franquia, descrito na Cláusula 9 – FRANQUIA, desta Condição Especial e definido no Certificado Individual do seguro;

- s) Cópia do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado no TRT ou Sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
- t) Cópia da Comunicação de Dispensa para o Seguro Desemprego, se houver;
- u) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), com a indicação da forma de pagamento da Indenização;
- v) Quando o Credor optar o boleto como forma de recebimento da Indenização, o boleto deverá ser emitido com o prazo de vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis, contados da data do recebimento deste documento pela Seguradora;
- w) Cópia do documento comprovando a dívida ou o compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- x) Cópia de Ficha de Registro de Emprego; e
- y) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário.

11.1.1. Os Beneficiários indicados pelo Segurado deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópia do RG/RNE e CPF:
 - Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - Independente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - Caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);
- c) **Se Filhos:** Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento destes; alvará judicial para os filhos menores de 21 (vinte e um) anos, somente se não houver RG comprovando o vínculo parentesco;
- d) **Se Cônjuge:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado;
- e) **Em caso de Companheiro(a):** enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) Companheiro(a) seja dependente do Segurado;
- f) **No caso de Segurado separado consensualmente, desquitado ou divorciado:** Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, com averbação de separação parcial. Havendo a existência da(o) esposa(o) e da(o) Companheira(o), o processo será encaminhado ao Departamento Jurídico, cabendo a eles a solicitação de documentos;
- g) **Se Pais:** Certidão de Nascimento do Segurado (se houver algum dos pais falecidos, enviar a certidão de óbito do mesmo); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório, mencionando que o Segurado era solteiro, não possuía filhos e nem Companheira (caso o Segurado seja maior de 21 (vinte e um) anos); e
- h) **Se Irmãos:** Certidão de Nascimento ou Casamento deste caso tenha algum irmão falecido, enviar certidão de óbito do mesmo e RG/CPF de todos os filhos (se houver); declaração de herdeiros com firma reconhecida em cartório mencionando que são os únicos irmãos do Segurado.

11.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo Segurado será determinada no Contrato de Seguro e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de Indenização.

12. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

12.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo Estipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

12.2. A Seguradora devolverá qualquer Prêmio que o Segurado tiver pago em duplicidade.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

OUVIDORIA

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CONTATO

Ouvidoria: 0800 775 1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.