

SEGURO DE PESSOAS PRESTAMISTA COLETIVO Capital Segurado Vinculado (Saldo Devedor)

Condições Contratuais

Versão 3.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.100431/2002-51

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ61.074.175/0001-38

Canal de Atendimento MAPFRE - WhatsApp: (11) 4004 0101

Central de Relacionamento aos Clientes: 0800 775 4545 - Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

Assistência 24h: 0800 775 7196

Sinistro: 0800 709 8432 - Segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

SAC 24 horas: 0800 775 1000

Atendimento em Libras 24 horas: <https://mapfre.emlibras.com/>

Central de Relacionamento com Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: 0800 775 5045

Ouvidoria: 0800 775 1079 e para Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 7911, de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	12
6. CARÊNCIAS.....	12
7. FRANQUIAS.....	13
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	13
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO.....	14
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	17
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	18
12. CAPITAIS SEGURADOS.....	18
13. BENEFICIÁRIOS	19
14. CUSTEIO DO SEGURO	21
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	21
16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS	22
17. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	23
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	23
19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	24
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE	24
21. PERDA DE DIREITOS	26
22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	28
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOVER).....	32
24. REGIME FINANCEIRO.....	34
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA	34
26. PRESCRIÇÃO	34
27. FORO.....	34
28. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	36
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M.....	36
1. OBJETIVO DA COBERTURA	36
2. RISCOS EXCLUÍDOS	36
3. CAPITAL SEGURADO	36
4. DATA DO EVENTO.....	36
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	36
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	37
7. CARÊNCIA	37
8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	38
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA.....	39
1. OBJETIVO DA COBERTURA	39
2. RISCOS EXCLUÍDOS	39
3. CAPITAL SEGURADO	39
4. DATA DO EVENTO.....	39

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	40
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	40
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	40
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	41
COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA..	42
1. OBJETIVO DA COBERTURA	42
2. DEFINIÇÕES	42
3. RISCOS COBERTOS	42
4. RISCOS EXCLUÍDOS	44
5. CAPITAL SEGURADO	45
6. DATA DO EVENTO.....	45
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	45
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	45
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	46
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	47
COBERTURA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR	
ACIDENTE – IPA.....	48
1. OBJETIVO DA COBERTURA	48
2. DEFINIÇÕES	48
3. RISCOS COBERTOS	48
4. RISCOS EXCLUÍDOS	50
5. CAPITAL SEGURADO	50
6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	51
7. DATA DO EVENTO.....	51
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	51
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	51
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	51
11. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ	
PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	53
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	57
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR	
DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A.....	58
1. OBJETIVO DA COBERTURA	58
2. DEFINIÇÕES	58
3. RISCOS COBERTOS	60
4. RISCOS EXCLUÍDOS	62
5. CAPITAL SEGURADO	62
6. DATA DO EVENTO.....	62
7. CARÊNCIA	63
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	63
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	63
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	63
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL	
POR DOENÇA	65
12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	65
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	65
ANEXO I À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E	
TOTAL POR DOENÇA –ANTECIPAÇÃO – IFPD–A	66

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR-DI	69
1. OBJETIVO DA COBERTURA	69
2. DEFINIÇÕES	69
3. ELEGIBILIDADE	69
4. RISCOS EXCLUÍDOS	70
5. CAPITAL SEGURADO	71
6. DATA DO EVENTO	71
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	71
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	71
9. CARÊNCIA	72
10. FRANQUIA	72
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	72
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	73
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – PR-IFTT	74
1. OBJETIVO DA COBERTURA	74
2. DEFINIÇÕES	74
3. ELEGIBILIDADE	74
4. RISCOS EXCLUÍDOS	75
5. CAPITAL SEGURADO	76
6. DATA DO EVENTO	76
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	76
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	76
9. CARÊNCIA	77
10. FRANQUIA	77
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	77
12. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	78

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

2.1. **Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Contratação do Seguro apresentada à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

2.2. **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, a incapacidade temporária do Segurado, ou que torne necessário tratamento Médico, observando-se que:

2.2.1. Incluem-se nesse conceito:

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

2.2.2. EXCLUEM-SE DO CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS:

- A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;**
- B) AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- C) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**
- D) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL, CONFORME DEFINIDO NESTE ITEM DO GLOSSÁRIO.**

2.3. Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.

2.4. Apólice: documento emitido pela Seguradora = que formaliza a aceitação do risco e da(s) Cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver).

-
- 2.5. Atualização Monetária:** Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.6. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência de um evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.7. Beneficiário(s):** pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor das indenizações, na hipótese da ocorrência do Sinistro.
- 2.8. Boa-fé:** Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.
- 2.9. Capital Segurado:** valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro.
- 2.10. Capital Segurado Vinculado:** modalidade em que o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da Obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 2.11. Carência:** período durante o qual, em caso de Sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.
- 2.12. Certificado Individual:** documento emitido para cada Segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.
- 2.13. Cobertura(s):** obrigações que a Seguradora assume quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os Riscos Excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.
- 2.14. 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.
- 2.15. Cônjuge/Companheiro(a):** é a pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoas 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.

- 2.16. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.17. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.18. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo plano de Seguro.
- 2.19. Conjugação:** é a contratação de mais de uma Cobertura securitária constante no presente instrumento.
- 2.20. Contrato Coletivo:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.
- 2.21. Corretor:** 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. O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.22. Credor:** aquele a quem o segurado Devedor deve pagar as prestações periódicas em decorrência de dívida contraída ou do compromisso assumido.
- 2.23. Culpa Grave:** conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.
- 2.24. Dano Estético:** espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.
- 2.25. Devedor:** pessoa física ou jurídica que contrai a dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado.
- 2.26. Doença:** toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.
- 2.27. Doença Profissional:** aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerente à ocupação de uma pessoa.
- 2.28. Doenças e Lesões Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à data da

contratação do seguro, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização.**

- 2.29. Domicílio do Segurado:** endereço em que o Segurado mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.30. Endosso:** documento, emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante e/ou Subestipulante ou Segurado.
- 2.31. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.
- 2.32. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro.
- 2.33. 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.
- 2.34. Grupo Segurado:** é a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.
- 2.35. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 2.36. Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da cobertura(s) contratada(s).
- 2.37. IPCA:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.38. Liquidação do Sinistro:** pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.39. 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.**
- 2.40. Obrigação:** dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre Credor e Devedor, que confere ao Credor o direito de exigir do Devedor o pagamento do valor correspondente.

- 2.41. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o Segurado inadimplente terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.
- 2.42. Prêmio:** importância fixada na Apólice e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.
- 2.43. Premoriência:** morte do Beneficiário indicado antes do falecimento do Segurado.
- 2.44. Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o Seguro Coletivo ou em aderir a este Seguro, e que apresenta a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão, conforme o caso.
- 2.45. Proposta de Adesão:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.46. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.47. 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.
- 2.48. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.49. 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 quaisquer Prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).
- 2.50. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.

- 2.51. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos
- 2.52. 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 do 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.**
- 2.53. Risco Excluído:** evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.
- 2.54. 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.
- 2.55. Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A.
- 2.56. Sinistro:** é a ocorrência do Evento Coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.57. Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o Estipulante, contrata o seguro em favor do Grupo Segurado a que se vincule e os representa perante a Seguradora.
- 2.58. Vigência do Seguro:** é o período definido na Apólice de seguro, durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.
- 2.59. Vigência da Cobertura Individual:** período fixado no certificado individual em que o segurado permanece garantido pelo seguro

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1.** É facultado ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das Coberturas do seguro, aplicáveis a todo o Grupo Segurado respeitando as regras de Conjugação dos 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) Morte Acidental – MA
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- d) Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente – IPA

3.1.2. Coberturas Adicionais

- a) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A
- b) Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PR–DI
- c) Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária – PR–IFTT

3.2. As Coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou separadamente, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das Coberturas descritas no subitem 3.1.1, com exceção das Coberturas descritas abaixo:

3.2.1. As Coberturas básicas de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não podem ser contratadas em conjunto.

3.3. Para a contratação de Coberturas adicionais será obrigatório a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

3.4. A Cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura básica de Morte – M.

3.5. As Coberturas adicionais de Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PR–DI e Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária – PR–IFTT não podem ser contratadas em conjunto.

3.6. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.

3.7. 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 SEGURO, 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 EXPLOÇÃO 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-LOS COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTÂNCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO A ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;
- C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NÃO TENHAM SIDO DECLARADOS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;
- D) 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 SEGURO CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTES, SE HOVER;
- E) DE EPIDEMIAS, E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- 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**
- O) DE QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL.**

4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1 ACIMA, ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- A) ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC, 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;**
- B) DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS; C) DE ERROS MÉDICOS;**
- D) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO; E**
- E) 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. CARÊNCIAS

6.1. A Carência de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial de cada Cobertura, sendo também definida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

6.1.1. Haverá Carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do certificado de seguro individual.

6.1.2. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da Cobertura individual de cada Segurado ou da solicitação de aumento de Capital Segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de Cobertura.

6.2. O período de Carência para as Coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, e não poderá exceder metade do prazo de vigência do Certificado Individual de seguro.

6.3. Não haverá Carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.

6.4. Ocorrendo o Sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes

6.5. Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do Risco

6.6. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

7. FRANQUIAS

7.1. A Franquia de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial da respectiva Cobertura, sendo também definida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

8.1. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), e/ou pelo Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

8.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.

8.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21 - PERDA DE DIREITOS.

8.3. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.

- 8.4. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.5. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.6. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 8.3, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.
- 8.7. 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 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.
- 8.8. A data de aceitação da Proposta será:
- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
 - II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.3, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 8.9. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 23 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.
- 8.10. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.
- 8.11. É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO

- 9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.2. Para os casos de contratação por pessoa física, serão aceitos como Segurados todo Proponente que esteja, na data da contratação do seguro, em plena atividade profissional e em boas condições de saúde, e que tenha **idade compreendida entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos completos**.
- 9.3. Para os casos de contratação por pessoa jurídica, serão aceitos como Segurados o(s) seu(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s), 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.

9.4. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão preenchida e assinada pelo Proponente, seu representante legal ou pelo Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.

9.4.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.

9.5. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21. PERDA DE DIREITOS

9.5.1. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.

9.5.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

9.5.3. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

a.1) nome completo;

a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;

a.3) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

a.4) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;

a.5) número de telefone e código DDD;

a.6) estado civil;

a.7) profissão;

a.8) renda mensal; e

a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.

b) Pessoa Jurídica:

b.1) a denominação ou razão social;

b.2) atividade principal desenvolvida;

b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

b.5) informações acerca da situação patrimonial e financeira.

- b.6) as informações do Item “a” para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;**
- b. 7) as informações do Item “a” para beneficiários finais.**

9.6.A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

9.6.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

9.7. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

9.8. 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 25 (vinte e cinco) dias será interrompido e terá novo início a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

9.9. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.10. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 9.7, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.11. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.

9.12. A aceitação da Proposta de Adesão, 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 30 (trinta) dias, contados a partir da data da aceitação da proposta.

9.13. A data de aceitação da Proposta será:

- I. A data de emissão/disponibilização do Certificado Individual; ou
- II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 9.7, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

9.14. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.14.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo

Estipulante ou Subestipulante (se houver). A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.8 desta cláusula.

9.14. Serão considerados como pendentes, sem início de contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. O início e término de Vigência do Seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice, nos certificados e Endossos.

10.1.1. Quando a Obrigação possuir data prevista de término, o prazo de Vigência do Seguro corresponderá ao prazo da Obrigação a que está atrelado, sendo as datas de início e término especificadas no Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.

10.1.2. Nos casos em que a Obrigação perdura por período indeterminado, o prazo de Vigência do Seguro deverá ser acordado entre as partes e estará especificado nas Condições Contratuais do seguro.

10.2. Os prazos de Vigência do Seguro poderão ser: plurianual, anual ou mensal, conforme estabelecido no Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.

10.3. Caso o Credor e o Segurado repactuem o prazo original do contrato relativo à Obrigação segurada, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, devendo ser observado que:

10.3.1. 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

10.3.2. 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 na cláusula 9 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL DO SEGURADO para a aceitação do risco.

10.4. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por período igual ao contratado inicialmente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante/Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias do término da vigência da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

10.4.1. A renovação da Apólice para os demais períodos de vigência não será automática e ocorrerão mediante Proposta de Contratação, assinada entre as partes, Seguradora e Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos termos da Cláusula 8 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA.

10.5. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

10.6. 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 durante a vigência nos termos da Apólice.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. 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 e indicadas no Certificado Individual do seguro.

11.1.1. Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor do Prêmio**, a vigência da Cobertura individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

11.1.2. Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento antecipado de Prêmio**, a vigência da Cobertura individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

11.2. 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.

11.3. A vigência individual será renovada automaticamente, uma única vez, por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da Apólice disposto na cláusula 10 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.

11.4. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada ou cancelada, conforme previsto nas Condições Contratuais.

11.5. Na emissão e em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo Certificado Individual ao(s) Segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. A modalidade de Capital Segurado deste 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 alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.

- 12.2.** 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 da 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.
- 12.3.** 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 13 - BENEFICIÁRIOS.
- 12.4.** Os Capitais Segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.
- 12.5.** 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.
- 12.5.1.** 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.
- 12.6.** 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.
- 12.7.** Não será devida Indenização para qualquer parcela da Obrigação vencida antes da data do Sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.
- 12.8.** Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.
- 12.9.** Poderá ser efetuado o aumento dos Capitais Segurados em qualquer época mediante solicitação, 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, 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. BENEFICIÁRIOS

- 13.1.** O primeiro Beneficiário do seguro é o Credor, a quem deverá ser paga a Indenização, no valor a que tem direito em decorrência da Obrigação a que o

seguro está atrelado, apurada na data da ocorrência do Sinistro e limitada ao Capital Segurado contratado.

13.2. 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(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, conforme dispuserem as Condições Gerais.

13.3. Na falta de indicação expressa de segundo Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

13.3.1. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

13.4. 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, que neste caso figurará(ão) 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.

13.5. O(s) segundo(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo Segurado, bastando o encaminhamento à Seguradora de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos Beneficiários.

13.5.1. 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.

13.5.2. 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.

13.6. Para efeito desse seguro, o(a) Companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.

13.7. 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 do Segurado.

13.8. 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.

- 13.9.** Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários indicados, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, nos termos do código civil vigente.
- 13.10.** 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), o Capital Segurado será pago conforme disposto no código civil brasileiro.
- 13.11.** Não será admitida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.
- 13.12.** Caso não seja identificado Beneficiário ou dependente do Segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o Capital Segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do *caput* do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional Para Calamidades Públicas, Proteção E Defesa Civil (FUNCAP).

14. CUSTEIO DO SEGURO

- 14.1.** A forma de custeio do seguro será **contributário**, ou seja, aquele em que os Segurados pagam integralmente o Prêmio do seguro.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1.** O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.
- 15.1.1.** O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 15.1.2.** Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.
- 15.1.3.** Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 15.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do

seu vencimento.

- 15.2.** A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.
- 15.3.** Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.
- 15.4.** Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.
- 15.5.** A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.
- 15.6.** Durante a vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.
- 15.7.** A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.
- 15.8.** A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETERÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

- 16.1.** Não haverá atualização monetária para os valores do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.
- 16.2.** 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 Prêmios, serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção em que houver alteração no saldo devedor da Obrigação assumida pelo Segurado.
- 16.3.** 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,

acrescido de multa de 2% (dois por cento) do montante devido e de juros de mora de 1,0% (um 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). Nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

16.3.1. 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.

16.4. Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:

16.4.1. No Caso de Cancelamento do Contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade Seguradora;

16.4.2. No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio: a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio;

16.4.3. No Caso de Recusa da Proposta: a partir da data de recebimento do Prêmio.

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.

16.5. 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.

17. REAVALIAÇÃO DE TAXA

17.1. Na ocasião da renovação, a Seguradora reavaliará as condições e Prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

17.2. Em caso de alteração de taxas realizadas durante a vigência da Apólice, esta deverá ser realizada por Endosso e a modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

18.1. Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias.

18.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 16 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

18.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETERÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

18.3. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1. 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.

19.2. 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 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;**
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante (quando houver);**
- c) Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado;**
- d) A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes;**
- e) Quando o Segurado deixar de pagar o Prêmio do seguro, conforme Cláusula 18 - PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;**
- f) Quando terminar o período de vigência da Apólice, se esta não for renovada, respeitando o Prêmio de seguro efetivamente pago;**
- g) 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 de seguro efetivamente pago;**
- h) Com a Indenização decorrente do falecimento de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidores(s), administrador(es) ou empresário(s), no caso de contratação por pessoa jurídica;**
- i) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo Proponente junto ao Credor;**
- j) Automaticamente com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando as Condições Especiais da Cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento do Contrato de Seguro;**
- k) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados; e**

- l) Imediatamente se constado uma das hipóteses previstas na cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS.**

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO 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.

20.2. A Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos Prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) A qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante ou Subestipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado e respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;**
 - a.1) No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:**
 - i. A Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;**
 - ii. 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*;**
- b) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;**
- c) Pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto na cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA destas Condições Gerais;**
- d) Na hipótese do Estipulante e/ou Subestipulante, Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda se restar constatado que tiveram o fim de obter ou majorar a Indenização;**
- e) Na hipótese de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a Indenização;**
- f) Se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS; e**
- g) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/condições das Condições Contratuais da Apólice.**

20.3. 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.

20.4. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

21.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

21.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

21.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

21.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

21.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

21.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

21.1.3.2. Se o descumprimento for culposos, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada

B) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou

ii) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada

C) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

22.1.4. O Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), deixar(em) de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

22.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

22.2.1. Deixar(em) de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;

22.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro;

22.2.3. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 22.1.1.** Em caso de Sinistro coberto por este seguro, o(s) Segurado(s), o(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à Seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a Seguradora disponibilize e estabeleça no Certificado Individual, fornecendo juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 22.1.2.** Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.
- 22.1.3.** Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.
- 22.1.4.** No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(a).
- 22.1.5.** Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.
- 22.1.6.** A não entrega dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.
- 22.1.7.** A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

- 22.1.8.** Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.
- 22.1.9.** Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e Liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.
- 22.1.10.** Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.
- 22.1.11.** A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.
- 22.1.12.** A Regulação e a Liquidação do Sinistro serão realizadas simultaneamente quando possível.

22.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 22.2.1.** Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se for o caso, respeitado o Limite Máximo de Indenização contratado para cada cobertura.
- 22.2.2.** O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora todos os documentos previstos Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 22.2.3.** Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.
- 22.2.4.** Uma vez cumprida pelo Segurado a obrigação de fornecer todos os documentos e informações necessários, realizada a regulação, reconhecida a cobertura e fixada a Indenização devida, a Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias para o pagamento da Indenização, contados da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente, observando que a documentação especificada nas Condições Especiais não é restritiva.
- 22.2.5.** No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidando do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciado a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

- 22.2.6.** Se, após o pagamento do Capital Segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro
- 22.3.** 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.
- 22.4.** 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.
- 22.5.** 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.
- 22.6.** 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.
- 22.6.1.** Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, relatório emitido por Médico que seja 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.
- 22.7.** As despesas efetuadas com a comprovação do Evento Coberto e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta do(s) Beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 22.8.** 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.
- 22.9.** O pagamento da Indenização cancelará automaticamente o Certificado Individual.
- 22.10.** Independentemente dos documentos exigidos pela Seguradora nas Condições Especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu exclusivo critério, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do Evento Coberto.

- 22.11. 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.**
- 22.12. A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.**
- 22.13. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da invalidez ou Incapacidade Física do Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.**
- 22.13.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e um terceiro, desempatador, nomeado por ambos. Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado ou Beneficiário e pela Seguradora.**
- 22.13.2. 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.**
- 22.13.3. O não comparecimento do Segurado ou 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 junta, salvo convenção em contrário.**
- 22.13.4. Não será admitida a nomeação como Médico Assistente do 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 do Capital Segurado por parte da Seguradora.**
- 22.14. Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do Prazo de Tolerância, porém anteriormente à data da ocorrência do Sinistro.**
- 22.15. O Segurado, ao fazer a adesão do 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.**
- 22.16. 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 o terceiro poderá ser reembolsado pela Seguradora, desde que apresente a documentação original que comprove que 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.

22.17. 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 o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s) ou seus respectivos representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da Indenização, o que poderá ser feito por intermédio do Corretor de seguros.

22.18. 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 16 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.

22.19. Caso haja saldo remanescente entre o valor da Indenização devida e o montante efetivamente necessário para a quitação da Obrigação, este deverá ser pago ao próprio Segurado ou ao segundo Beneficiário indicado, conforme disposto na cláusula 13 – BENEFICIÁRIOS.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)

23.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas Condições Gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver):

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, 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 especificado;
- 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 caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante ou Subestipulante (se houver); e
- m) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais.

23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao Estipulante e ao Subestipulante (se houver):

- 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.

23.3. O não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante ou Subestipulante (se houver) às cominações legais.

23.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, 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.

23.5. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.6. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

23.7. Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a Seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. 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 custear o risco de pagamento de todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos no período de cobertura. Portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado que possa ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, não há devolução ou resgate de Prêmios pagos, ao Segurado ou ao Beneficiário.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

25.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro são permitidas somente com autorização prévia e expressa e sob supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e especiais e a nota técnica atuarial.

25.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da Seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou no cancelamento do seguro.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

27. FORO

27.1. Fica eleito o Foro da comarca de Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente contrato.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

28.2. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

28.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros e da Sociedade Seguradora no site www.susep.gov.br.

28.4. As Condições Contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na Proposta e no Certificado Individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

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), em caso de morte natural ou acidental do Segurado, **decorrente exclusivamente de causas naturais e/ou Acidente Pessoal coberto**, ocorridas durante a Vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente 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.
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com as Coberturas básicas de Morte Acidental – MA, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

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 NO SUBITEM 2.1.2 DA 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 pelo seguro 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 o 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 Coberto, 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 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e

20. 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. CARÊNCIA

7.1. O período de Carência para esta Cobertura será de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de Vigência do Seguro, e estará indicado no Certificado Individual.

7.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por exame médico.

8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

8.1.1. Para o caso de morte natural:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado;
- e) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e de comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- f) Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada, emitida após o óbito, ou comprovação da união estável por ocasião do Sinistro, quando o segundo Beneficiário for o cônjuge/Companheiro(a) do Segurado;
- g) 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;

- h) Quando o Credor optar pelo 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;
- i) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- j) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas; e
- k) Em caso de contratação por pessoa jurídica onde o Segurado será(ão) o(s) sócio(s) titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa: 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.

8.1.2. Para os casos de morte por Acidente Pessoal coberto, além dos documentos

- indicados no subitem acima, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- a) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
 - b) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
 - c) Cópia da C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho, quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho, se cabível;
 - d) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, quando for acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
 - e) 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(a) Segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
 - f) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível.

8.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. 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 BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento de Prêmio, o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado, **decorrente exclusivamente de Acidente Pessoal coberto**, ocorrido durante o período de Vigência do Seguro, **observados os Riscos 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 as Coberturas básicas de Morte – M, Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS COMO RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTE NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NO SUBITEM 2.1.2 DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Evento Coberto pelo seguro e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 3.2. O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura será realizado sob parcela única.
- 3.3. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte – M e de Morte Acidental – MA, quando contratadas em conjunto, se acumulam na ocorrência de Acidente Pessoal coberto.
- 3.4. Caso haja o 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 Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data do Acidente Pessoal coberto que resultou na morte do Segurado.

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 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – 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 em caso de morte do primeiro sócio ou titular, ou instituidor, ou administrador ou empresário Segurado.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado à presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b) Relatório Médico assinado pelo Médico Assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do Segurado;
- c) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Cópias do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado;
- e) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- f) Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do Sinistro;
- g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- h) Quando o Credor optar pelo boleto como forma de recebimento da Indenização, o boleto deverá ser emitido com prazo de vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis, contados da data do recebimento deste documento pela Seguradora;
- i) Cópia do documento comprovando a dívida ou o compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- j) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- k) Em caso de contratação por pessoa jurídica, onde 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: cópia do contrato 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;

- l) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- m) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- n) C.A.T. – Comunicação de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- o) Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- p) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível; e
- q) Cópia do Laudo da perícia técnica, realizada no local do acidente, se cabível.

7.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. 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 BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante 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, conforme especificado no item 3.8 da cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial e na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **observados 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.
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com as Coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.
- 1.4. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

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:
- 2.1.1. **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.
- 2.1.2. **Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.
- 2.1.3. **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 3.8 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, observado o disposto no item abaixo.

- 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, e 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 3.8 abaixo.**
- 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 perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente total por Acidente Pessoal coberto prevista para a presente Cobertura.**
- 3.5. 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.**
- 3.6. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte – M e de 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.**
- 3.7. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte Acidental – MA e de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por IPTA, verificarse a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a Indenização relativa a morte acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.**
- 3.8. 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	

3.9. 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 NO SUBITEM 2.1.2 DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA E/OU RELACIONADOS:

- A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- B) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- C) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO AS DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;**
- D) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;**
- E) ENVENENAMENTOS, EXCETO ESCAPAMENTO DE GASES E VAPORES;**
- F) PROBLEMAS AUDITIVOS;**
- G) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;**
- H) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;**
- I) 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; E**

J) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU ACIDENTE TENHA 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 previsto no Certificado Individual, vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

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 esta 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 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – 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) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e**
- c) Se no caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura, referente a invalidez total de um do(s) sócio(s), ou titular(es), ou instituidor(es), ou administrador(es) ou empresário(s) Segurados.**

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b) 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;
- c) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- f) Quando o Credor optar pelo 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;
- g) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- h) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- i) Em caso de contratação por pessoa jurídica, onde 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: cópia do contrato 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;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- k) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;
- l) Cópia do laudo da perícia técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- m) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- n) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- o) Exame de corpo de delito, quando houver;
- p) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- q) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- r) 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).

9.2. Não haverá Indenização nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem que haja caracterização de invalidez permanente e total por Acidente Pessoal, nos termos desta Condição Especial.

9.3. A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente 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 deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

9.4. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

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 BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento de Prêmio, o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão especificado na cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, desta Condição Especial, **em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por Acidente Pessoal coberto**, especificado na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, **ocorrido durante o período de Vigência do Seguro, observados os Riscos 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 as Coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.
- 1.4. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura básica de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA.

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:
- 2.1.1. **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.
- 2.1.2. **Impotência Funcional:** alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial ou total, que gere prejuízo ao indivíduo.
- 2.1.3. **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 ou Parcial por Acidente, a perda, redução ou Impotência Funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente constante na cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE desta Condição Especial, **em virtude de lesão física**

exclusivamente decorrente 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.

3.1.1. O pagamento da indenização para essa Cobertura estará condicionado à comprovação de invalidez permanente total por acidente do Segurado, observado o item 4.1 da cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, desta Condição Especial, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s), descritos em diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

3.2. A importância a ser paga será calculada aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as porcentagens do grau previstas para referido órgão/membro conforme cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, cujo resultado será aplicado sobre o Capital Segurado vigente na data do acidente.

3.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista no plano para a sua perda total, do grau de Redução Funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de Redução Funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização proporcional será calculada com base nos índices, respectivamente, de 75% (setenta e cinco por cento) para o grau máximo, 50% (cinquenta por cento) para o grau médio e de 25% (vinte e cinco por cento) para o grau mínimo, aplicados sobre a Tabela para Cálculo de Indenização constante na cláusula 11 – TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, desta Condição Especial.

3.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, calculadas conforme disposto nos itens anteriores, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder o percentual de Indenização prevista para a perda total do referido membro ou órgão.

3.5. A perda ou maior Redução Funcional de membro ou órgão já deficiente antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente.

3.6. A perda de dentes e os Danos Estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente prevista para a presente Cobertura.

3.7. O pagamento de Capital Segurado por invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente,

avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado.

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 NO SUBITEM 2.1.2 DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:

- A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- B) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
- C) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;**
- D) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;**
- E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;**
- F) PROBLEMAS AUDITIVOS;**
- G) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;**
- H) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;**
- I) VIAGENS EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES:**
 - ii. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;**
 - iii. DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS; OU**
 - iv. QUE, SENDO OFICIAIS MILITARES, NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR; E**
- J) QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU ACIDENTE TENHA OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro previsto no Certificado Individual, vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

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.

5.4. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte – M e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga a Indenização por IPA, 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 IPA.

5.5. Os Capitais Segurados das Coberturas básicas de Morte Acidental – MA e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA não se acumulam. Se depois de paga uma Indenização por IPA, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado relativo a esta Cobertura será totalmente reintegrado de forma automática, se caracterizada a invalidez permanente parcial ou total por acidente, de acordo com as demais disposições das Condições Contratuais, sem cobrança de Prêmio adicional.

7. DATA DO EVENTO

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

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – 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) 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, referente a invalidez de um dos sócio(s), ou titular(es), ou instituidor(es), ou administrador(es) ou empresário(s) Segurados.**

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento e todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;
- b) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado ou a pessoa que sofreu o Sinistro, contendo o histórico do diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- c) Cópia do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Segurado;
- d) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- f) Quando o Credor optar pelo 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;
- g) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- h) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida contraída ou do compromisso assumido pelo Segurado junto ao referido Credor e o status das parcelas;
- i) Em caso de contratação por pessoa jurídica, onde 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: cópia do contrato 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;
- j) Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência de Evento Coberto;
- k) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
- l) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;
- m) Cópia do laudo da perícia técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- n) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
- o) Cópias dos laudos de alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) Segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- p) Exame de corpo de delito, quando houver;
- q) Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- r) Cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
- s) 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).

10.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

11.1. Caracterizada a Cobertura básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nesta Condição Especial, a Indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente por Acidente	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 ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	
Parcial (Diversas)	Perda total da visão de um olho quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino-Escrotal	10

	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Umbilical	10
	Hérnia Epigástrica	10
Parcial (Membros Superiores)	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20

	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, Indenização equivalente a ½ (metade) e, dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
	MANDÍBULA	
	Maxilar Inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05

Diversas		
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	07
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	07
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	07
	Ectrópio bilateral	06
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ectrópio unilateral	03
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Aparelho de Fonação	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	08
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente	30
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10

	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Recepção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	Com insuficiência respiratória	75
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com função respiratória preservada	15
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia Total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Síndrome pós-concussional	05

11.2. Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na tabela acima, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

11.3. Para efeito de Indenização, a perda ou maior Redução Funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M, caso seja caracterizada a invalidez funcional permanente e total consequente de doença, que cause a perda da independência do Segurado, sob critérios devidamente especificados na cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta Condição Especial, ocorrida durante a Vigência do Seguro, **observados os Riscos Excluídos o prazo de Carência e as demais disposições 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 adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura básica de Morte – M.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, são aplicáveis à presente Cobertura, as seguintes definições:

2.1.1. Agravos Mórbidos: piora de uma doença.

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

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

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

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

2.1.6. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave, e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:

- Classe funcional III ou IV segundo a NYHA (New York Heart Association);
- Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e;
- Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do Segurado.

- 2.1.7. Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.1.8. Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.1.9. Consumpção:** definimento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.1.10. Dados Antropométricos:** peso e a altura do Segurado.
- 2.1.11. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.1.12. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.13. Doenças Crônicas:** doenças com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.14. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.15. Doenças Crônicas de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.16. Doença em Estágio Terminal:** estágio da doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente. A prova consistirá em atestado emitido por Médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 2.1.17. Doenças Neoplásicas Malignas Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.1.18. Doenças Profissionais:** aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.1.19. Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.1.20. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.1.21. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.22. Hígido: saudável.

2.1.23. Impotência Funcional: é a alteração da função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

2.1.24. Perda da Existência Independente do Segurado: ocorrência de Quadro Clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.

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

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

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

2.1.28. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.29. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

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

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

2.1.32. Transferência Corporal: capacidade do Segurado de se deslocar de um local para outro, sem qualquer Auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do Segurado provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “Cardiopatia Grave”, de acordo com a definição constante na cláusula 2 – DEFINIÇÕES, desta Condição Especial;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem Prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c) Doenças Crônicas de Caráter Progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (Consumpção), sem

- Prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (Cognição) **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com Sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no Sentido de Orientação e/ou das funções de 2 (dois) membros, em grau máximo;
 - f) Doenças do Aparelho Locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de Transferência Corporal;
 - g) Deficiência Visual, **decorrente das doenças listadas abaixo:**
 - Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° (sessenta graus); ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
 - h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em Estágio Terminal), desde que atestado por um Médico legalmente habilitado; e
 - i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de 2 (dois) membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das 2 (duas) mãos ou de 2 (dois) pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. Demais Riscos Cobertos:

- a) Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – Anexo I, e atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis;
- b) O IAIF é composto por 2 (dois) documentos: o primeiro documento é a Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos que avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de Conectividade com a Vida (atributos);
- c) O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O Quadro Clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas;
- d) Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;
- e) Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente, avaliados e pontuados;
- f) O segundo documento é a Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade que valoriza cada uma das situações ali previstas; e
- g) Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.3. O Quadro Clínico incapacitante da perda da independência do Segurado deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos Médicos devidamente especificados nas Condições Gerais e na Cláusula 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

3.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta Cobertura, os Segurados portadores de Doença em Estágio Terminal atestada por Médico legalmente habilitado.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES, SUBITEM 2.1.2, E CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO

INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTONÔMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA A:

- A) PERDA, REDUÇÃO OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E/OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA DIRETA E/OU INDIRETA DE LESÃO FÍSICA E/OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;**
- B) QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL; E**
- C) DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. A Indenização corresponde à 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura básica de Morte – M, devido na ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado será realizado sob a forma de 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 esta Cobertura, considera-se como data do Evento Coberto, para efeito de apuração e determinação do Capital Segurado, a data da caracterização da invalidez funcional e

permanente total por doença, indicada no Relatório Médico de que trata a Cláusula 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, desta Condição Especial.

6.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por Médico que esteja assistindo o Segurado e, na ausência deste, por profissional Médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais Médicos em qualquer tempo.

7. CARÊNCIA

7.1. A Carência para esta Cobertura poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência individual, e estará indicado no Certificado Individual.

7.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por declaração pessoal de saúde e/ou por exame médico.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Por ser a presente Cobertura uma antecipação da Cobertura básica de Morte, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a Cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro para o Segurado. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos com atualização monetária;
- b) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura;
- c) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro; e
- d) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura em caso de invalidez de um dos sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) Segurados.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Beneficiário;

- b) Relatório do Médico Assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada e com o detalhamento do Quadro Clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- c) Documentos Médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no Relatório Médico;
- d) Cópia do Registro Geral – RG ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- e) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- f) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo Beneficiário, com a indicação da forma de pagamento da Indenização;
- g) Quando o Credor optar por 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;
- h) Cópia do documento comprovando a dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- i) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou compromisso contraído pelo Segurado perante o Credor e o status das parcelas; e
- j) Em caso de contratação por pessoa jurídica, onde 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: cópia do contrato ou estatuto social e de todas as alterações devidamente registradas na Junta Comercial ou ficha cadastral de empresário individual ou comprovante de cadastro de microempreendedor individual.

10.2. Não será aceito, para fins de liquidação do Sinistro, 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.

10.3. 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.

10.4. Se durante a regulação do Sinistro não for comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta Cobertura permanecerá em vigor, assim como a Cobertura básica de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.

10.5. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado

o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico incapacitante de que trata essa Cobertura, devendo ser comprovada por Relatório Médico.

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

12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

12.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituirão ato de reconhecimento da Obrigação de pagar o Capital Segurado.

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.

ANEXO I À COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS

CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de Alienação Mental?	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O Segurado apresenta-se Hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais?	00
	2º GRAU: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte Médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10

	3º GRAU: O Segurado apresenta Quadro Clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se em estágio que demande suporte Médico mantido (controlado) que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O Segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O Segurado necessita de assistência e/ou Auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)?	10
	3º GRAU: O Segurado necessita de assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02



Há curso de Recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a Disfunção Imunológica?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais Doenças Crônicas em atividade?	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou Refratariedade Terapêutica?	08

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – PR-DI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, tem como objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio adicional, o pagamento de uma Indenização ao Beneficiário, 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, **respeitando os períodos de Carência e Franquia, e observados os Riscos Excluídos e as demais disposições 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 não poderá ser contratada de forma isolada e nem em conjunto com a Cobertura adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária – PR-IFTT.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica a esta Cobertura a seguinte definição:
 - 2.1.1. **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. Será elegível à contratação desta Cobertura e recebimento da Indenização, as pessoas físicas que possuam vínculo empregatício sujeito exclusivamente ao regime da CLT – Consolidação das Leis do Trabalho, com o Estipulante e/ou Subestipulante, se houver, por 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 Coberto e a atividade exercida possa ser comprovada através dos documentos relacionados na Cláusula 11 – REGULAÇÃO E 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 novo período mínimo de 12 (doze) meses de novo 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 a Cobertura, conforme cláusula 10 – FRANQUIA desta Condição Especial.

3.5. É vedada a contratação desta Cobertura por Proponente 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 DE 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) ADEÇÃO PELO SEGURADO A PROGRAMAS DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA – PDV, INCENTIVADOS POR SEU EMPREGADOR OU APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO (FACULTATIVA OU COMPULSÓRIA) DO SEGURADO;**
- E) ESTÁGIOS E CONTRATOS DE TRABALHO TEMPORÁRIOS EM GERAL;**
- F) PERDA DE EMPREGO RESULTANTE DE FALÊNCIA, RECUPERAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL DO EMPREGADOR DO SEGURADO;**
- G) CAMPANHAS DE DEMISSÕES EM MASSA, A SABER: QUANDO A EMPRESA EMPREGADORA DO SEGURADO DEMITE MAIS DE 10% (DEZ POR CENTO) DE SEU QUADRO DE PESSOAL NO MESMO MÊS OU NO PERÍODO DE 6 (SEIS) MESES DE UM MESMO EMPREGADOR;**
- 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 A INDENIZAÇÃO, CONFORME A CLÁUSULA 3. ELEGIBILIDADE DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL;

N) SEGURADOS QUE TENHAM SIDO DEMITIDOS DURANTE O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA ANOTADO NA CARTEIRA PROFISSIONAL; E

O) MILITARES QUE SEJAM EXONERADOS DE SUAS FUNÇÕES.

4.2. TAMBÉM ESTARÃO 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. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro, previsto no Certificado Individual e vigente na data do Evento Coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da Obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis. 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. Os Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante e estarão indicados no contrato, Proposta de Adesão e Certificado Individual de seguro.

5.4. 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 de desligamento do Segurado, comprovado mediante apresentação de cópia da Carteira Profissional de Trabalho e Previdência Social – CTPS e do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio a ser cumprido ou indenizado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:**
- a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura; e**
 - b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.**

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de Carência para esta Cobertura será de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, a contar da data do início da Vigência do Seguro e estará indicado no Certificado Individual do Segurado.**

10. FRANQUIA

- 10.1. O período de Franquia para esta Cobertura será de, no máximo, 90 (noventa) dias ininterruptos, contado da data do desligamento do Segurado junto ao empregador, e estará indicado no Certificado Individual do Segurado.**

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:**
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado;**
 - b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do Segurado;**
 - c) 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 10 – FRANQUIA desta Condição Especial e estabelecido no Contrato de Seguro;**
 - d) Cópia do Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho devidamente homologado no TRT ou Sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;**
 - e) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;**
 - f) Cópia da Comunicação de Dispensa para o Seguro Desemprego;**
 - g) 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;**
 - h) 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;**

- i) Cópia do documento comprovando a dívida ou o compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor;
- j) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou do compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor e o status das parcelas;
- k) Cópia de Ficha de Registro do Empregado; e
- l) Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário do Segurado.

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

11.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento do Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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 TOTAL E TEMPORÁRIA – PR-IFTT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1.** Esta Cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de Prêmio adicional, o pagamento ao Beneficiário de uma Indenização, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de perda de renda por Incapacidade Física total e temporária do Segurado, desde que enquadrado no perfil indicado na cláusula 3 – ELEGIBILIDADE desta Condição Especial, ocorrido durante a Vigência do Seguro, **respeitando os períodos de Carência e de Franquia, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições 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 não poderá ser contratada de forma isolada e nem em conjunto com a Cobertura adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário – PR-DI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições indicadas na cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplicam a esta Cobertura as seguintes definições:
- 2.1.1. Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.1.2. Incapacidade Física:** impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer sua profissão, por doença ou 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 regulamentados que possuam vínculo com o Estipulante/Subestipulante e que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde, na data da respectiva contratação do seguro.
- 3.1.1.** Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento para a mesma Cobertura após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer Atividade Laborativa.
- 3.2.** 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.
- 3.3.** É vedada a contratação desta Cobertura por Proponente pessoa jurídica.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS

E DOS RISCOS EXCLUÍDOS DO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL CONFORME INDICADO NO

SUBITEM 2.1.2 DA CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE 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) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES DIRETAMENTE AFETADAS POR EVENTO COBERTO PELO SEGURO;**
- E) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS;**
- F) TRATAMENTO PARA OBESIDADE EM SUAS VÁRIAS MODALIDADES, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA;**
- G) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;**
- H) DISTÚRBIOS OU DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS OU CONSEQUÊNCIAS DELES DECORRENTES;**
- I) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS;**
- J) 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;**
- K) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATÓIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS;**

- L) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- M) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO;
- N) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE;
- O) AFASTAMENTOS DECORRENTES DE UM MESMO EVENTO QUE JÁ TENHA SIDO INDENIZADO PELA APÓLICE DE SEGURO VIGENTE; E P) PROPONENTE PESSOA JURÍDICA.

4.2. TAMBÉM ESTÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL 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. O Capital Segurado para esta Cobertura será expresso pelo valor da parcela da Obrigação a que o seguro está atrelado e por uma quantidade máxima de parcelas indenizáveis. A forma e a periodicidade do pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão definidas no Certificado Individual.

5.2. Os Capitais Segurados serão determinados pelo Estipulante e estarão indicados no contrato, Proposta de Adesão e 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 da Incapacidade Física total e temporária indicada no Relatório Médico.

7. ÂMBITO GEOGRÁFIO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das Condições Gerais, esta Cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do Capital Segurado relativo a esta Cobertura; e**
- b) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.**

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência para esta Cobertura será de, até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, a contar da data do início de Vigência do Seguro, e estará indicado no Certificado Individual do Segurado.

10. FRANQUIA

10.1. O período de Franquia para esta Cobertura será de, no máximo, 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data da ocorrência do Evento Coberto, e estará indicada no Certificado Individual do Segurado.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o Evento Coberto e, todos os campos preenchidos e assinado pelo Segurado;
- b) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do Beneficiário. Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
- d) 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;
- e) Quando o Credor optar pelo 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;
- f) Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer Atividade Laborativa, justificando o período indicado;
- g) Exames e laudos Médicos que confirmem a ocorrência de Evento Coberto;
- h) Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se cabível;
- i) Cópia do laudo da perícia técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- j) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor, se cabível;
- k) Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo – RPA – os 3 (três) últimos anteriores ao afastamento;
- l) Comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- m) Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo Segurado junto ao Credor; e
- n) Extrato analítico emitido pelo Credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou compromisso contraído pelo Segurado junto à referida Instituição e o status das parcelas.

11.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento de Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.