

SEGURO PRESTAMISTA

Condições Contratuais

Versão 2.0

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

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS – VERSÃO 2.0

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO–PRESTAMISTA.....	4
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	8
6. INCLUSÃO DO SEGURADO.....	8
7. CARÊNCIA.....	8
8. FRANQUIA.....	8
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	8
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	9
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	9
12. CAPITALS SEGURADOS.....	9
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	9
14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	10
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	10
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA.....	10
17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	10
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	11
19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	11
20. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	11
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	12
22. PERDA DE DIREITOS.....	13
23. BENEFICIÁRIOS.....	14
24. SUB-ROGAÇÃO.....	14
25. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	14
26. FORO.....	15
ANEXO I.....	16
ANEXO II.....	17
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	17
2. DEFINIÇÕES.....	17
3. DA COBERTURA.....	18
4. RISCOS COBERTOS.....	18
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	19
6. CARÊNCIA.....	19
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	19
8. CAPITALS SEGURADOS.....	19
9. PRÊMIO.....	19
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	19
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	20
12. PERÍCIA MÉDICA.....	20
13. JUNTA MÉDICA.....	20

14. CANCELAMENTO DO SEGURO	21
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	21
16. DISPOSIÇÃO FINAL	21
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	22
ANEXO III	24
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	24
2. RISCOS EXCLUÍDOS	24
3. CAPITAIS SEGURADOS	24
4. PRÊMIO	24
5. CARÊNCIA.....	24
6. FRANQUIA.....	24
7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	24
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	25
9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	25
10. BENEFICIÁRIOS.....	25
11. DISPOSIÇÃO FINAL	25
ANEXO IV	26
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	26
2. RISCOS EXCLUÍDOS	26
3. CAPITAIS SEGURADOS	26
4. PRÊMIO	27
5. CARÊNCIA.....	27
6. FRANQUIA.....	27
7. PERÍCIA MÉDICA.....	27
8. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	27
9. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL	27
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	27
11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	28
12. BENEFICIÁRIOS.....	28
13. DISPOSIÇÃO FINAL	28
OUVIDORIA	29

CONDIÇÕES GERAIS – VERSÃO 2.0**SEGURO DE PESSOAS COLETIVO–PRESTAMISTA****1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao estipulante, relacionado à dívida contraída pelo segurado, caso ocorra algum dos eventos nele previstos, e indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento não se enquadre como “risco excluído da cobertura securitária”.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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 tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **Excluem-se desse conceito:**

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

- 2.2. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

- 2.3. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

- 2.4. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

- 2.5. **Carência:** período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

- 2.6. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado e emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas contratadas.

- 2.7. **Cobertura:** compromisso da seguradora com o pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

- 2.8. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.9. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.10. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.11. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.12. Doença Preexistente:** doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 2.13. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificada como estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.14. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.
- 2.15. Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
- 2.16. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.17. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.18. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).
- 2.19. Instituição Financeira:** pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas nas condições especiais do seguro.
- 2.20. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.21. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.22. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.23. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.24. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.
- 2.25. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.
- 2.26. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.27. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.28. Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.29. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.30. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.31. Seguradora:** a companhia de seguros constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.
- 2.32. Seguro Contributivo:** aquele em que o segurado paga o prêmio total para o estipulante, e este o repassa à seguradora.
- 2.33. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

3.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

3.1.2.1. Garante o pagamento de uma indenização relativa à perda ou à impotência funcional definitiva total, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.1.2.2. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total” os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- perda total do uso de ambos os pés;
- alienação mental total e incurável; e
- nefrectomia bilateral.

3.1.2.3. O pagamento de qualquer indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente 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.

3.1.2.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do acidente do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

3.1.2.5. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar as seguintes coberturas adicionais, que terão condições especiais descritas nos anexos a estas condições gerais e que serão discriminadas no certificado individual, se contratadas:

3.2.1.2. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO

3.2.1.2.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de Morte, desde que contratado, ao(s) beneficiário(s), em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda da existência independente do Segurado, sob critérios devidamente especificados no item **4 – RISCOS COBERTOS**, da condição especial, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

3.2.1.3. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

3.2.1.3.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de perda involuntária de emprego do Segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.2.1.4. PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA

3.2.1.4.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária do Segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.2.2. As coberturas adicionais só poderão ser contratadas em conjunto com as coberturas básicas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Estarão excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência de:
- uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
 - doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
 - danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;
 - o suicídio ou sua tentativa, após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
 - inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
 - doenças, acidentes e lesões provocadas em estado de desequilíbrio mental pelo uso de álcool, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;
 - 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);
 - epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
 - nos seguros contratados por pessoas jurídicas, os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.
 - dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior; e
 - participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade.
- 4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídas da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:
- quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - acidentes médicos;
 - tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
 - ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
 - perturbações mentais, nervosas e emocionais;
 - envenenamentos por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores;
 - alterações mentais consequentes da ação do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta;
 - viagens em aeronaves ou embarcações:
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados; ou
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.
 - perda de dentes e os danos estéticos;
 - qualquer perda, redução, impotência permanente total de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.
- 4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS: Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, poderá ser aplicada uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente, conforme especificado nas condições contratuais.

7.1.1. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

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

7.3. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

8. FRANQUIA

8.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no máximo 90 (noventa) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

9.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

9.2.2. Da proposta de adesão deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

9.3. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

9.3.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.4. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

9.5. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

9.5.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias corridos da data da recusa.

9.5.2. Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.

9.5.3. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

9.6. A cada segurado aceito será enviado um certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

10.2. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

10.3. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora.

10.4. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

10.5. A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto no item **11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE.**

10.5.1. 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.

10.6. Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o segurado deverá, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao estipulante, para que este comunique a seguradora.

10.7. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

11.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

11.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

11.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

11.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

11.5. A renovação automática não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. Os valores e limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se forem aceitos pela seguradora, a vigência dos novos capitais segurados terá início no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o

preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para hipótese de suicídio.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 14.1. Os capitais Segurados e os Prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da Apólice pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário da Apólice.
- 14.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).
- 14.3. Para os Seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.
- 14.4. Quando houver pagamento de Prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.
 - 15.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.
 - 15.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver.
- 15.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 15.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado, se o pagamento for realizado ainda naquele prazo.
- 15.4. Mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês de competência do risco, deverá ser enviada à seguradora uma listagem ou qualquer outro meio magnético com as informações necessárias para o cálculo do prêmio, incluindo-se nome, sexo, CPF, data de nascimento e data de inclusão. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado, a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.
- 15.5. De posse desses dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento conforme o total do prêmio devido especificado nas condições contratuais.
- 15.6. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens **19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO** e **20 – CANCELAMENTO DO SEGURO**, destas condições gerais.
 - 15.6.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.
 - 15.6.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.
- 15.7. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item **16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA**, destas condições gerais.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

- 16.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.
- 16.2. Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

- 17.1. Poderá ser adotado o reenquadramento por faixa etária, de acordo com as condições do contrato.

17.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, deverá ser disponibilizada aos proponentes quando da adesão ao seguro.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

19.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela, a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.

19.2. A reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia em que ocorrer o pagamento da próxima fatura/parcela.

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

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item **19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO**, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

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

20.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

20.4. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
- se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

20.5. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.6. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e que, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20.7. 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 sociedade 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 rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

20.8. Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

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

21.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

21.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado “pro rata temporis” até a data do efetivo pagamento.

21.3.2. 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 do contrato.

21.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

21.5. **A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:**

21.5.1. **Em caso de Morte:**

- Comunicado de Sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge).

21.5.2. **Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:**

- Comunicado de Sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado;
- comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;

- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
 - no caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e
 - relatório médico contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.
- 21.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.
- 21.7. Em caso de dúvida fundada e justificável, será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo esta inclusive solicitar os documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso**, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. **A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data da entrega da documentação solicitada.**
- 21.8. 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 suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 21.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

22. PERDA DE DIREITOS

- 22.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.
- 22.2. **Caso o segurado, seu(s) beneficiário(s), corretor de seguros e seus respectivos representantes legais, fizer(em) declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Beneficiário perderá o direito ao capital segurado e a Seguradora terá direito ao prêmio vencido.**
- 22.2.1. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:
- I. **Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:**
 - A. Rescindir o contrato de seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - B. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio devido ou restringindo a cobertura contratada.
 - II. **Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:**
 - A. Rescindir o contrato de seguro, após o pagamento da indenização devida, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - B. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao beneficiário, quando for o próprio segurado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
 - III. **Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, rescindir o contrato de seguro, após o pagamento de indenização, mediante a cobrança da diferença de prêmio cabível.**
- 22.3. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, nos seguintes casos praticados pelo segurado, beneficiário, corretor e seus respectivos representantes legais:
- não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
 - fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
 - solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado e desde que autorizada pelo estipulante; e
 - dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.

- 22.4. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.
- 22.4.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.
- 22.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 22.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. BENEFICIÁRIOS

- 23.1. O primeiro beneficiário será sempre o estipulante que, receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou compromisso assumido. Caso haja diferença entre o saldo da dívida e o capital segurado, esta será paga a diferença conforme estabelecido abaixo.
- 23.2. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.
- 23.3. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-dador.
- 23.4. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será lícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.
- 23.4.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).
- 23.5. **A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.**
- 23.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago aqueles estabelecidos no Código Civil vigente.
- 23.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

24. SUB-ROGAÇÃO

- 24.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 25.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 25.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previstos nestas condições gerais dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 25.3. **Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.**
- 25.4. **O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 25.5. **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
- 25.6. **Este seguro será por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 25.7. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

25.7.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

25.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

25.9. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição e, portanto, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

26. FORO

26.1. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

ANEXO I

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

ANEXO II**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA-ANTECIPAÇÃO****1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de Morte, desde que contratado ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item **4 – RISCOS COBERTOS**, desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- 2.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.
- 2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.10. **Consumção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.
- 2.12. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.19. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. **Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. **Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. **Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. **Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. **Hígido:** saudável.
- 2.25. **Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

- 2.26. **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.32. **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.33. **Transferência Corporal:** capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

- 3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do segurado comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item **10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
 - d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; 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) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

- 4.3. O IAIF—Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).
- 4.4. 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.
- 4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.
- 4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:**
 - 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) **os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
 - c) **doenças agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

- 6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.
- 6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.
- 6.3. O limite máximo estabelecido como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, esse prazo não poderá exceder metade do prazo de vigência.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

- 8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.
- 8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.
- 10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por 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.
- 10.3. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 10.4. Tendo em mãos o formulário Aviso de integralmente preenchido e assinado pelo segurado, este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- 10.5. A Declaração Médica indicará a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

- 10.6. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.
- 10.7. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
- a) cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;
 - b) relatório do médico-assistente do segurado:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
 - Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônômicas 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 item anterior.
- 10.8. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.
- 10.8.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado “pro rata temporis” até a data do efetivo pagamento, que deverá ser feito de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato, independentemente de notificação ou interpelação judicial.
- 10.9. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**
- 10.10. 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 suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 10.11. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 10.12. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.
- 11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**
-
- 11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 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. PERÍCIA MÉDICA**
-
- 12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 12.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 13. JUNTA MÉDICA**
-
- 13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá 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.

- 13.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 13.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 13.4. 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 15.1. 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.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

- 16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

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) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico?	20

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 autosuficiência 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 às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as 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?	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 imune?	04
Existem mais de 2 fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	08

ANEXO III**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO****1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de perda involuntária de emprego durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.
- 1.2. **Perda de Renda por Desemprego Involuntário:** Como “perda de renda por desemprego involuntário” entende-se o trabalhador segurado que ficar desempregado involuntariamente, desde que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
- 1.3. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais na data do evento.
- 1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto”, a data do desligamento do segurado, comprovado mediante cópia da Carteira Profissional.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:**
 - a) renúncia ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
 - b) demissão por justa causa do trabalhador segurado;
 - c) jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
 - d) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do segurado;
 - e) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
 - f) falência;
 - g) campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e
 - h) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador.
- 2.1.1. **Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao estipulante.

4. PRÊMIO

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

5. CARÊNCIA

- 5.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais.
- 5.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

6. FRANQUIA

- 6.1. A franquia poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

- 7.1. Esta cobertura adicional cessará:
 - simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;

- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:
- **cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco;**
 - **para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 31 (trinta e um) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia; e**
 - **cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias.**
- 8.2. A periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado será determinada em condições contratuais e tem a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.
- 8.3. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.
- 8.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 8.4.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juro de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.
- 8.5. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

9. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

- 9.1. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego Involuntário para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.
- 9.2. A seguradora devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pagado em duplicidade.

10. BENEFICIÁRIOS

- 10.1. **No seguro de Perda de Renda por Desemprego Involuntário cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.**

11. DISPOSIÇÃO FINAL

- 11.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

ANEXO IV**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA****1. OBJETIVO DO SEGURO**

- 1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.
- 1.2. Como “perda de renda por incapacidade física temporária” entende-se aquela pela qual o segurado fique temporariamente impedido de exercer sua atividade remunerativa habitual por um período igual ou superior a 15 (quinze) dias consecutivos.
- 1.3. **Elegibilidade:** Serão elegíveis todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos (que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados no item **10–LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, subitem 10.1** desta condição especial) que possuam vínculo com o estipulante, tenham idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão excluídos da Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária os eventos ocorridos em consequência de:
 - 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, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
 - b) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
 - c) prática pelo segurado de atos ilícitos ou contrários à lei;
 - d) hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - e) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
 - f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - g) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - i) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes;
 - j) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pela apólice de seguro vigente; e
 - k) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).
- 2.1.1. Também estarão excluídos da cobertura adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária 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.

2.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes, e corresponderão ao valor do compromisso financeiro assumido pelo segurado junto ao estipulante.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a. a data da morte, em caso de evento decorrente de causas naturais; ou
- b. a data do acidente, em caso de evento decorrente de acidente.

4. PRÊMIO

4.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

5. CARÊNCIA

5.1. A carência poderá ser de até 180 (cento e oitenta) dias ininterruptos, conforme especificado nas condições contratuais.

5.2. A carência será contada a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência do seguro. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

6. FRANQUIA

6.1. A franquia poderá ser de no máximo 90 (noventa) dias ininterruptos, a contar da data de ocorrência do evento coberto, conforme especificado nas condições contratuais.

7. PERÍCIA MÉDICA

7.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

7.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

8. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

8.1. As divergências de natureza médica sobre as causas do evento relacionadas a esta garantia serão dirimidas por uma junta médica constituída de 3 (três) médicos nomeados um pelo segurado, um pela seguradora e o terceiro, desempataador, escolhido de comum acordo pelos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

8.2. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

9. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

9.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento ou a não renovação da apólice à qual está vinculada;
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou o(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora, contendo no mínimo nome completo do segurado, número do certificado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos relacionados abaixo:

- **relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;**
- **exames realizados que comprovem a Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);**
- **cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser:**
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou

- inscrição na Prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro; e
- cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando aplicável.

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

10.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

10.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juro de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

10.4. O valor a ser indenizado ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) será igual ao valor do compromisso financeiro contratado, conforme condições contratuais.

11. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

11.1. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

11.2. A seguradora devolverá qualquer prêmio que o segurado tiver pagado em duplicidade.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1. No seguro de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária cuja indenização tenha como objeto o pagamento de um compromisso financeiro assumido pelo segurado em caso de ocorrência do evento coberto, o beneficiário será a pessoa jurídica, cedente/gerador compromisso financeiro ou serviço, ou o próprio segurado em forma de reembolso mediante apresentação de documentos que comprovem a quitação do compromisso estabelecido nas condições contratuais.

13. DISPOSIÇÃO FINAL

13.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais da apólice.

OUVIDORIA

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

CONTATO

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

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

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



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

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

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

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