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

Condições Contratuais

Versão 2.3

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.900618/2014-91

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO	4
1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
6. CARÊNCIAS.....	10
7. FRANQUIAS.....	11
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	11
9. VIGÊNCIA DO SEGURO	11
10. CAPITAIS SEGURADOS	12
11. BENEFICIÁRIOS	13
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.....	15
14. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.....	15
15. CANCELAMENTO DO SEGURO	17
16. PERDA DE DIREITOS.....	18
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	19
18. REGIME FINANCEIRO	21
19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA.....	21
20. PRESCRIÇÃO	22
21. FORO.....	22
22. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	22
CONDIÇÕES ESPECIAIS	23
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M.....	23
1. OBJETIVO DA COBERTURA	23
2. RISCOS EXCLUÍDOS	23
3. CAPITAL SEGURADO	23
4. DATA DO EVENTO	23
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	23
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	23
7. CARÊNCIA	24
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	24
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	25
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA.....	26
1. OBJETIVO DA COBERTURA	26

2. RISCOS EXCLUÍDOS	26
3. CAPITAL SEGURADO	26
4. DATA DO EVENTO	26
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	26
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	27
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	27
8. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	28
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA.....	29
1. OBJETIVO DA COBERTURA	29
2. DEFINIÇÕES	29
3. RISCOS COBERTOS	29
4. RISCOS EXCLUÍDOS	30
5. CAPITAL SEGURADO	31
6. DATA DO EVENTO	31
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	31
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	31
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	32
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	33
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD-A	34
1. OBJETIVO DA COBERTURA	34
2. DEFINIÇÕES	34
3. RISCOS COBERTOS	36
4. RISCOS EXCLUÍDOS	37
5. CAPITAL SEGURADO	38
6. DATA DO EVENTO	38
7. CARÊNCIA	38
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	38
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	38
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	39
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	40
12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	40
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	40
ANEXO I	41
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO – IFPD-A	41
COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – DI.....	43
1. OBJETIVO DA COBERTURA	43

2. DEFINIÇÕES	43
3. ELEGIBILIDADE	43
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. CARÊNCIA	45
10.FRANQUIA	45
11.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	45
12.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	46
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – IFTT	47
1. OBJETIVO DA COBERTURA	47
2. DEFINIÇÕES	47
3. ELEGIBILIDADE	47
4. RISCOS EXCLUÍDOS	47
5. CAPITAL SEGURADO	48
6. DATA DO EVENTO	48
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	48
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA.....	49
9. CARÊNCIA	49
10.FRANQUIA	49
11.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	49
12.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50
COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – IFTTA	51
1. OBJETIVO DA COBERTURA	51
2. DEFINIÇÕES	51
3. ELEGIBILIDADE	51
4. RISCOS EXCLUÍDOS	51
5. CAPITAL SEGURADO	52
6. DATA DO EVENTO	52
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	52
8. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA.....	53
9. FRANQUIA	53
10.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	53
11.DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo, mediante o recebimento do prêmio, amortizar ou custear, total ou parcialmente, a 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. **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, **exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do segurado**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.1. 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.

2.1.2. **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 OSTEO-MUSCULARES 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;**
- 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. **Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora.
- 2.3. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o segurado ou beneficiário(s) é(são) obrigado(s) a fazer à seguradora, assim que dela tenha conhecimento.
- 2.4. **Beneficiário(s):** pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber o valor do capital segurado, na hipótese da ocorrência do sinistro.
- 2.5. **Bilhete de Seguro:** é o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento da proposta de seguro.
- 2.6. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro.
- 2.7. **Capital Segurado Vinculado:** modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 2.8. **Carência:** período durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.
- 2.9. **Coberturas:** obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descritas nas condições contratuais, **observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito às coberturas e demais disposições contratuais.**
- 2.10. **Comoriência:** 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.
- 2.11. **Companheiro(a):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.
- 2.12. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das condições gerais, condições especiais, das condições particulares, se houver, e do bilhete de seguro.
- 2.13. **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.14. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.15. **Conjugação:** é a contratação de mais de uma cobertura securitária constante no presente instrumento.
- 2.16. **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 entre a seguradora e pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado. **O corretor de seguros responde civilmente perante os segurados, a seguradora e o(s) beneficiário(s), pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação ou omissão, dolosa ou culposa.**

-
- 2.17. **Credor:** aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada, objeto desse seguro.
- 2.18. **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo, sendo motivo para a perda do direito por parte do segurado.
- 2.19. **Devedor:** pessoa física ou jurídica, que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 2.20. **Domicílio do Segurado:** endereço em que o segurado mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.21. **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado pela seguradora em favor do segurado ou do(s) beneficiário(s) enquadrado nas coberturas previstas no bilhete de seguro.
- 2.23. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrente do contrato de seguro.
- 2.24. **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.
- 2.25. **Indenização:** valor a ser pago ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) pela seguradora, quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da cobertura contratada, vigente na data de ocorrência do evento.
- 2.26. **Médico Assistente:** profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e 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 de medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.27. **Meios Remotos:** são aqueles meios que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.28. **Obrigação:** produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- 2.29. **Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o seguro inadimplente fará jus à cobertura.
- 2.30. **Prêmio:** valor a ser pago pelo segurado à seguradora correspondente a cada uma das coberturas contratadas, destinado ao custeio do seguro.
- 2.31. **Premoriência:** morte do beneficiário antes do falecimento do segurado.

-
- 2.32. **Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar a(s) cobertura(s) do seguro.
- 2.33. **Pro rata temporis:** é o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do bilhete de seguro.
- 2.34. **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 o resgate de prêmios aos segurados e ao(s) beneficiário(s).
- 2.35. **Regulação de Sinistro:** conjunto de procedimentos realizados pela seguradora na ocorrência de um sinistro, para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento no seguro.
- 2.36. **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.**
- 2.37. **Representante de Seguro:** pessoa jurídica, que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização da contratação de seguro à conta e em nome da seguradora.
- 2.38. **Riscos Excluídos:** são os potenciais eventos danosos indicados expressamente nas condições contratuais como riscos não cobertos pelo seguro em caso de sinistro.
- 2.39. **Segurado:** pessoa física 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 integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.
- 2.40. **Seguradora:** empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que se responsabiliza pelas coberturas contratadas, mediante o recebimento de prêmio, conforme o estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 2.41. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.42. **Vigência do Seguro:** é o período definido no bilhete de seguro, nos quais as coberturas de riscos propostas serão garantidas pela seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. É facultado ao proponente a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação dos planos indicadas nesta cláusula. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado no bilhete de seguro, **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

3.1.2. Coberturas Adicionais

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

3.2. Para a contratação de coberturas adicionais, será obrigatória a contratação de, pelo menos, umas das coberturas básicas.

3.3. As coberturas adicionais de Perda de Renda por Desemprego Involuntário – DI, Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária – IFTT e Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária por Acidente – IFTTA não podem ser contratadas em conjunto.

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 previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas no bilhete de seguro.

3.6. 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 DESTE 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, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, HOSTILIDADES, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO, ATOS TERRORISTAS OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO(S) COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATO ATENTATÓRIO À ORDEM PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO A OUTREM;
- C) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO CREDOR, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE

UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;

- D) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARATER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- E) 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, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
- F) DE INUNDAÇÃO, TUFÃO, 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;
- G) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVOS QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);
- H) 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;
- I) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
- J) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;
- K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;
- L) 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;
- M) DE EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
- N) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, 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, INDEPENDENTEMENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

- 4.3. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS INDICADOS NOS ITENS 4.1 E 4.2 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SÃO RISCOS EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA DE ACIDENTE PESSOAL, SE CONTRATADAS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:
- A) DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
 - B) DE DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, A DOENÇA IDENTIFICADA COMO 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;
 - C) DE ACIDENTES MÉDICOS;
 - D) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
 - E) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO. NESTA HIPÓTESE, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;
 - F) DA PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
 - G) DE ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. O âmbito geográfico de cada uma das coberturas será definido nas respectivas condições especiais.

6. CARÊNCIAS

- 6.1. A carência de cada cobertura, quando aplicada, estará prevista na condição especial de cada cobertura, sendo também definida no bilhete de seguro.
- 6.1.1. Haverá carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do bilhete de seguro.
 - 6.1.2. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da respectiva cobertura individual de cada segurado ou da solicitação de aumento de capital segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de cobertura. Nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica a diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída.
- 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 seguro.
- 6.3. Não haverá carência para as coberturas de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio.
- 6.4. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da carência.

7. FRANQUIAS

7.1. A franquia, quando aplicada, estará prevista na condição especial de cada cobertura, sendo também definida no bilhete de seguro.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

8.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

8.2. Para os casos de contratação por pessoa física, serão aceitos como segurados todo proponente que, na data da contratação, esteja em condições normais de saúde, tenha idade compreendida entre 18 (dezoito) e 70 (setenta) anos completos e atenda os demais critérios de aceitação estabelecidos pela seguradora.

8.3. Para os casos em que a contratação for feita por pessoa jurídica, serão aceitos como segurados os seus sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários constantes no contrato social, na data da contratação do seguro, desde que estejam em condições normais de saúde e atendam aos demais critérios de aceitação estabelecidos pela seguradora.

8.4. A contratação do seguro será feita mediante solicitação verbal do interessado, seguida da emissão do bilhete de seguro.

8.4.1. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do proponente ou do representante da pessoa jurídica efetuada com a utilização de meios remotos.

8.5. A contratação do seguro prova-se com a exibição do bilhete de seguro, e, na falta dele, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio.

8.6. A confirmação de quitação do 1º (primeiro) pagamento enviada pela seguradora, através de meios remotos, também servirá como prova da contratação do seguro.

8.6.1. **Se não houver o pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro até a data de seu vencimento, a contratação do seguro não será efetivada.**

8.7. O segurado poderá desistir do seguro contratado, no prazo de 7 (sete) dias corridos, contados a partir da data de emissão do bilhete de seguro.

8.8. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento previsto no item anterior, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela seguradora ou, quando houver, pelo seu representante de seguro, desde que expressamente aceitos pelo segurado.

8.9. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

9. VIGÊNCIA DO SEGURO

9.1. O início e término de vigência do seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no bilhete de seguro.

-
- 9.1.1. 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 bilhete de seguro.
- 9.1.2. 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.
- 9.2. Os prazos de vigência do seguro poderão ser: plurianual, anual ou mensal, conforme estabelecido no bilhete de seguro.
- 9.3. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação segurada, a seguradora deverá ser formalmente comunicada, devendo ser observado que:
- 9.3.1. 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;
- 9.3.2. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará no prazo de até 15 (quinze) dias da comunicação feita pelo credor, sobre o interesse na extensão da vigência do seguro para a aceitação do risco.
- 9.4. Este seguro será por prazo determinado, não admitindo renovação.

10. CAPITAIS SEGURADOS

- 10.1. A modalidade de capital segurado deste plano de seguro é a de **capital segurado vinculado**, ou seja, o capital segurado contratado é necessariamente igual ao valor da obrigação assumida pelo segurado junto ao credor, objeto do seguro, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 10.2. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido no bilhete de seguro e será o valor máximo da indenização devida na data de ocorrência do evento coberto (sinistro). 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 no item anterior.
- 10.3. 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 11. BENEFICIÁRIOS.
- 10.4. Os capitais segurados não poderão exceder, em uma ou mais operações de crédito, os valores máximos fixados contratualmente.
- 10.5. No 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, o capital segurado será único e limitado ao valor contratado, independentemente da quantidade de sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) segurado(s).
- 10.6. 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.

-
- 10.7. Desde que expressamente definido no bilhete de seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporadas ao valor do capital segurado e, conseqüentemente, à indenização a ser paga em caso de evento coberto.
- 10.8. Não será devida indenização para qualquer parcela da obrigação vencida antes da data do sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.
- 10.9. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.
- 10.10. Poderá ser efetuado o aumento do capital segurado em qualquer época, mediante solicitação, observando-se sempre o limite máximo do capital segurado vigente no bilhete de seguro, em caso de renovação e/ou renegociação do saldo devedor junto ao credor.

11. BENEFICIÁRIOS

- 11.1. O primeiro beneficiário do seguro será o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto e limitado ao capital segurado contratado.
- 11.2. 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 segundo beneficiário indicado, em caso de morte do segurado, ou ao próprio segurado, no caso de evento coberto.
- 11.3. Na falta de indicação expressa de segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 11.4. 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 contratação do seguro, que neste caso exclusivamente, figurará(ão) 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.
- 11.5. O segurado pode, a qualquer tempo, durante a vigência do bilhete de seguro, substituir o(s) beneficiário(s) indicado(s), mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado à seguradora, nomeando os novos beneficiários.
- 11.5.1. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil seguinte a data do protocolo, da solicitação devidamente assinada pelo segurado na seguradora.
- 11.5.2. 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.
- 11.6. 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.

- 11.7. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no bilhete 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.
- 11.8. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no bilhete 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.
- 11.9. 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.
- 11.10. 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.
- 11.11. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser em parcela única ou fracionada. Quando pagamento em forma fracionada, poderá ser nas periodicidades: mensal, bimestral, trimestral ou semestral. A periodicidade e forma de pagamento estarão definidas no bilhete de seguro.
- 12.1.1. Em caso de pagamento fracionado do prêmio, o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas. Neste seguro não haverá aplicação de juros sobre o prêmio fracionado.
- 12.1.2. Para os prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do seguro.
- 12.1.3. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.
- 12.2. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio, respeitada a periodicidade definida no bilhete de seguro, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do seguro.
- 12.3. A forma de pagamento do prêmio será estabelecida no bilhete de seguro, obedecendo as opções disponibilizadas pela seguradora e a escolha do segurado, e deverá ser pago obrigatoriamente por meio de rede bancária ou outras formas admitidas em lei.
- 12.4. A data limite para pagamento do prêmio será a data de vencimento expressa no respectivo documento de cobrança.
- 12.4.1. 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 útil subsequente em que

houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas e sem acréscimo de valor.

- 12.5. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto na cláusula 14. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, destas condições gerais.
- 12.6. O pagamento do capital segurado de qualquer cobertura contratada somente passa a ser devido depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado.
- 12.7. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS

- 13.1. Não haverá atualização monetária para os valores do capital segurado e do prêmio correspondente.
- 13.2. 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 dívida.
- 13.3. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado ou do prêmio do seguro, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e de juros de mora de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês, contados desde a data do evento coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do prêmio).
- 13.3.1. 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.
- 13.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 13.5. 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.

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

- 14.1. O não pagamento da primeira parcela do prêmio na contratação, respeitada a periodicidade definida, até a data de seu vencimento caracteriza a não efetivação da contratação do seguro.
- 14.2. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela posterior a primeira, iniciará a contagem do prazo de tolerância para regularização do pagamento e será contado de forma diferenciada, dependendo da vigência do seguro e da periodicidade de pagamento do prêmio definida, conforme segue:

14.2.1. Para vigência anual ou plurianual:

14.2.1.1. Para os casos de opção por pagamento do prêmio mensal:

14.2.1.1.1. Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira, iniciará a contagem de prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da primeira parcela inadimplente.

14.2.1.1.2. Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo de tolerância concedido, mencionado no subitem anterior, a seguradora encaminhará ao segurado uma notificação, para adverti-lo quanto à necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio em atraso, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.

14.2.1.1.3. Decorrido o prazo concedido para a regularização da inadimplência mencionado no subitem anterior, sem que o pagamento da(s) parcela(s) do prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido.

14.2.1.2. Para os casos de opção por pagamento de prêmio anual fracionado, bimestral, trimestral ou semestral:

14.2.1.2.1. Na falta de pagamento de parcela posterior à primeira, o prazo de vigência da cobertura do seguro será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base o cálculo *pro rata temporis*.

14.2.1.2.2. A seguradora deverá informar ao segurado, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do subitem anterior. Nesta notificação, o segurado será advertido quanto à necessidade de pagamento da parcela do prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, alertado que, findo o novo prazo de vigência da cobertura, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do seguro.

14.2.1.2.3. Restabelecido o pagamento do prêmio antes do cancelamento conforme subitem acima, ficará restaurado o prazo original de vigência de cobertura do seguro.

14.2.2. Para vigência mensal:

14.2.2.1. A cobertura do seguro será cancelada quando houver falta de pagamento da parcela por um prazo superior a 5 (cinco) dias úteis, contados da data de vencimento da parcela não paga. Nesta situação, o segurado não terá direito a devolução dos prêmios pagos.

14.2.2.2. Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo estabelecido no subitem anterior, a seguradora encaminhará ao segurado uma notificação, para adverti-lo quanto à necessidade de pagamento do prêmio vencido,

com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data do seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.

14.2.2.3. Decorrido o prazo concedido para a regularização da inadimplência mencionado no subitem 14.2.2.2, sem que o pagamento do prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido.

14.3. Durante o prazo de tolerância, estarão cobertos os sinistros ocorridos durante a inadimplência do segurado, mas o pagamento da indenização referente ao evento coberto ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), com os encargos previstos na cláusula 13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS, ou, quando definido no bilhete, o(s) prêmio(s) devido(s) e encargos será(ão) abatido(s) da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

14.4. Sendo o seguro cancelado, ele não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os pré-requisitos para aceitação e inclusão do proponente no seguro, conforme disposto na cláusula 8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO. Em caso de nova contratação, em hipótese alguma será admitido qualquer vínculo com o seguro cancelado por falta de pagamento.

14.5. Não caberá restituição de qualquer parcela de prêmio que já tenha sido paga, caso a vigência do seguro já tenha terminado.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. 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.

15.2. O seguro terminará, sem qualquer restituição de prêmio:

- a) Quando o segurado solicitar à seguradora o cancelamento do bilhete de seguro;
- b) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio, observados os prazos indicados na cláusula 14. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
- c) Quando terminar o período de vigência do seguro;
- d) No caso do falecimento ou invalidez permanente total do segurado;
- e) Com o cancelamento ou a quitação total da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado, observado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
- f) Com a indenização decorrente do falecimento de um dos sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s), no caso de contratação por pessoa jurídica;
- g) Com a transferência de titularidade da dívida ou compromisso assumido pelo proponente junto ao credor;
- h) Automaticamente, com o pagamento do capital segurado contratado, quando as condições especiais da cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento do bilhete de seguro;
- i) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo segurado, devidamente comprovado(s);
- j) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 16. PERDA DE DIREITOS;
- k) Nas hipóteses indicadas nas alíneas "a" e "e", quando o pagamento do prêmio for antecipado, poderá haver restituição do prêmio proporcional à vigência a decorrer, tomando-se por base o critério *pro rata temporis*.

- 15.3. 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:
- A seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com o critério *pro rata temporis*.
- 15.4. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

16. PERDA DE DIREITOS

- 16.1. A seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios pagos e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, caso o proponente, segurado, beneficiário(s), corretor de seguros ou seus respectivos representantes legais:
- Agravar(em) intencionalmente o risco, nos termos do Código Civil Brasileiro;
 - Fizer(em) declaração(ões) inexatas, falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização ou omitir(em) circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio;
 - Agir com dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, tanto na contratação do seguro quanto durante a sua vigência, ou para obter ou majorar o pagamento/recebimento do capital segurado ou, ainda, se o segurado, beneficiário ou seus respectivos representantes legais tentar(em) obter vantagem indevida com o evento reclamado;
 - Inobservância das obrigações convencionadas no seguro;
 - Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto.
- 16.2. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
- 16.2.1. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:
- Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou,
 - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio devido ou restringindo a cobertura contratada.
- 16.2.2. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:
- Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou,
 - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

- 16.2.3. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio devido.
- 16.3. O segurado e/ou o credor será(ão) obrigado(s) a comunicar(em) à seguradora, logo que o saiba(m), de todo e qualquer incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que o segurado e/ou o credor silenciou(aram) de má-fé, conforme disposto no Código Civil Brasileiro.
- 16.3.1. Também caracteriza a alteração de risco as ocorrências como: mudanças de atividade ou das informações prestadas no bilhete de seguro.
- 16.4. A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, manter o seguro, restringindo a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 16.4.1. O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, quando houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 17.1. Em caso de sinistro passível de cobertura por este seguro, o segurado, 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 bilhete de seguro.
- 17.2. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias corridos, para o pagamento da indenização, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas condições especiais das respectivas coberturas, observado que a documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos e/ou informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos e/ou informações complementares solicitados.
- 17.3. 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.
- 17.4. 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.
- 17.5. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso de 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.

- 17.6. 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, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.
- 17.7. 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 dos beneficiário(s) ou representantes legais, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.
- 17.8. 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.
- 17.9. O pagamento da indenização cancelará automaticamente o bilhete de seguro.
- 17.10. 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.
- 17.11. 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.
- 17.12. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 17.13. 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 constatação, a constituição de junta médica.
- 17.14. 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 terceiros serão pagos em partes iguais pelo segurado ou beneficiário e pela seguradora.
- 17.15. 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.
- 17.16. 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.
- 17.17. Não será admitida a nomeação como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.

- 17.18. 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.
- 17.19. O segurado, ao fazer a contratação ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a efetuar visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e realizar exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico assistente.
- 17.20. Se, após a regulação do sinistro, for identificado que a dívida ou compromisso assumido pelo segurado, já tenha sido quitada ou amortizada antes da comunicação do sinistro à seguradora, o segurado ou terceiro poderá ser reembolsado pela seguradora desde que apresente a documentação original que comprove a quitação ou amortização da dívida contraída pelo segurado diretamente ao credor, nas seguintes situações:
- a) Quando o credor não conseguir apresentar boleto com vencimento mínimo de 7 (sete) dias úteis contados da data da sua entrega na seguradora e não indicar outro meio para pagamento da indenização; e
 - b) Quando o segurado ou terceiro quitar ou amortizar a dívida ou o compromisso assumido junto ao credor antes de avisar o sinistro.
- 17.21. 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 seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor de seguros.
- 17.22. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada, bem como aplicado juros de mora a partir desta data, conforme previsto na cláusula 13. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E JUROS MORATÓRIOS.
- 17.23. 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 11. BENEFICIÁRIOS.

18. REGIME FINANCEIRO

- 18.1. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição simples, ou seja, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, **não há devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao beneficiário.**

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

- 19.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro, por parte do representante de seguros e/ou do corretor de seguros, deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

19.2. 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.

20. PRESCRIÇÃO

20.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

21. FORO

21.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente contrato de seguro.

21.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item acima.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

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

22.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

22.4. Este seguro será por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar o bilhete de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

22.5. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante no bilhete de seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento de prêmio, o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), em caso de morte do segurado, decorrente **exclusivamente de causas naturais ou acidente pessoal coberto**, ocorridas durante o período de vigência do seguro, observados os riscos excluídos, o prazo de carência e as demais condições contratuais.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a cobertura básica de Morte Acidental – MA, 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 previsto no bilhete de seguro e 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. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

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 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 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
- b) Com o pagamento do capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro; ou
- c) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do capital segurado relativo a essa 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 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

8. 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, 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 Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e 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(s) beneficiário(s). 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 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 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;
- 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.

8.1.2. Para os casos de morte por acidente pessoal coberto:

Além dos documentos indicados no subitem anterior para o caso de Morte Natural, 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 Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- d) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
- e) 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(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- 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 evento coberto) estão indicados na cláusula 17.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 risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura poderá ser contratada em conjunto ou separadamente com a cobertura básica de Morte – M, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das coberturas básicas.
- 1.4. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas adicionais de Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária – IFTT, Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária por Acidente – IFTTA e Perda de Renda por Desemprego Involuntário – DI.

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 previsto no bilhete de seguro vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.
- 3.2. O pagamento do capital segurado desta cobertura será realizado sob forma parcela única.
- 3.3. Os capitais segurados das coberturas básicas de Morte – M e de Morte Acidental – MA, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.
- 3.4. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

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 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do capital segurado dessa cobertura em caso de morte do primeiro sócio, titular, instituidor, administrador ou empresário segurado.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento coberto, todos os campos preenchidos e assinado pelo beneficiário;
 - Relatório Médico assinado pelo médico assistente contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
 - Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - Cópias do Registro Geral – RG ou do Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
 - Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do(s) beneficiário(s). Na falta de RG e CPF, cópia da Certidão de Nascimento;
 - 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 do segurado;
 - 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;
 - 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;
 - Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo segurado junto ao credor;
 - 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;
 - 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;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, se cabível;
 - Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
 - Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
 - 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(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível;

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 do capital segurado (se caracterizado evento coberto) estão indicados na cláusula 17.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 ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, 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 3.7 da cláusula 3.RISCOS COBERTOS a seguir e na cláusula 2.DEFINIÇÕES das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

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 3.7 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 3.5 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, 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 3.7 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 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 Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA não se acumulam.
- 3.7. 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 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	100

- 3.8. 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:
- A) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
 - B) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE PESSOAL, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - C) OS ERROS MÉDICOS;
 - D) PROBLEMAS AUDITIVOS;
 - E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
 - F) TRATAMENTO DE EXAME CLÍNICO, CIRÚRGICO OU MEDICAMENTOSO NÃO EXIGIDO DIRETAMENTE PELO ACIDENTE;

- G) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
- H) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;
- I) TODO E QUALQUER DANO E/OU SEQUELA CAUSADOS PELA DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC;
- J) 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;
- K) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.

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 bilhete de seguro vigente na data do evento coberto, respeitando os limites estabelecidos na contratação do seguro.

5.2. O pagamento do capital segurado desta cobertura será realizado sob parcela única.

5.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

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 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO 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 à caracterização da invalidez total de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) segurado(s).

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. 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 devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- c) Cópia do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, do Cadastro de Pessoa Física – CPF e do comprovante de residência do segurado;
- d) 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;
- e) 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;
- 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) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT (quando o acidente ocorrer durante o período de trabalho), se cabível;
- l) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
- m) 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(a) no veículo envolvido em acidente), se cabível;
- n) Cópia do laudo da perícia técnica, realizada no local do 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;
- 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. As demais regras para análise e regulação de sinistro, bem como para pagamento de indenização (se caracterizado evento coberto) estão indicados na cláusula 17.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 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. 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. **Agravo Mórbido:** 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:** definhamento 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 Ativas:** 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 término 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 inviabilizem de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado, provenientes exclusivamente de:
- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "Cardiopatia Grave", de acordo com a definição constante na cláusula 2.DEFINIÇÕES, desta condição especial;
 - 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;
 - 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;
 - Alienação Mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (Cognição) **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - 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;
 - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de Transferência Corporal;
 - 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 (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;
- 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. 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 NAS CLÁUSULAS 2. DEFINIÇÕES, SUBITEM 2.1.2 E 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 AUTÔNOMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DE SUA INDEPENDÊNCIA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA:

- 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) DOENÇAS CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO;
- C) DOENÇAS EM GERAL, CUJA ETIOLOGIA POSSA GUARDAR ALGUMA RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, DIRETA OU INDIRETAMENTE, COM ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO, EM QUALQUER TEMPO PREGRESSO;

- D) QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR DE ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
- E) DOENÇAS NAS QUAIS SE DOCUMENTE ALGUMA INTERAÇÃO E/OU INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS A TRAUMATISMOS E/OU EXPOSIÇÕES A ESFORÇOS FÍSICOS, REPETITIVOS OU NÃO, E/OU A POSTURAS VICIOSAS;
- F) QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA INDEPENDÊNCIA DO SEGURADO;
- G) TODA E QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 3.RISCOS COBERTOS, DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.

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 pelo bilhete de seguro vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 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. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da invalidez funcional permanente total por doença, indicada no relatório médico de que trata a cláusula 10.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 será de 30 (trinta) dias ininterruptos, contados a partir das 24 (vinte e quatro) horas do início de vigência individual e estará indicado no bilhete de seguro.

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 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO 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;
- d) No caso de pessoa jurídica, com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura, referente à caracterização da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença de um do(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) segurado(s).

10. 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;
- 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 evento coberto) estão indicados na cláusula 17. 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
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	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

ESTRUTURAIS DO SEGURADO	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
CONNECTIVIDADE 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 sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	08

COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – DI

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao beneficiário, até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de 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 de franquia, e observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada de forma isolada e nem em conjunto com as coberturas adicionais de Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária – IFTT e Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária por Acidente – IFTTA.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2.DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplicam 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 a 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 pessoa física ou jurídica, 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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO 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 coberto de desemprego involuntário em que o segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação novamente desta cobertura, após a comprovação do período

mínimo de 12 (doze) meses de 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 NA CLÁUSULA 4.RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADOS A:
- A) RENÚNCIA OU PEDIDO DE DEMISSÃO VOLUNTÁRIA DO EMPREGADO;
 - 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;
 - 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 CLÁUSULA 3.ELEGIBILIDADE DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL;
 - N) SEGURADOS QUE TENHAM SIDO DEMITIDOS DURANTE O PERÍODO DE EXPERIÊNCIA ANOTADO NA CARTEIRA PROFISSIONAL;
 - O) MILITARES QUE SEJAM EXONERADOS DE SUAS FUNÇÕES.
- 4.2. TAMBÉM ESTARÃO EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, AQUELES QUE TENHAM CARGO DE ELEIÇÃO PÚBLICA E QUE NÃO FOREM REGIDOS PELA CLT – 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 devido na ocorrência do sinistro, previsto no bilhete de seguro 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 bilhete de seguro.
- 5.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

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 território nacional.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO, 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.

9. CARÊNCIA

- 9.1. O período de carência para esta cobertura será de 30 (trinta) dias, a contar da data do início da vigência do seguro e estará indicado no bilhete de seguro.

10. FRANQUIA

- 10.1. O período de franquia para esta cobertura será de 31 (trinta e um) dias, contado a partir da data do desligamento do segurado junto ao empregador, e estará indicado no bilhete de seguro.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta 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) Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópias das seguintes páginas da carteira de trabalho do segurado: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho (página da admissão e dispensa e página posterior, e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver). A autenticação deverá ocorrer após o prazo de período de franquia estabelecido no contrato de seguro;
- d) Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho devidamente homologado no TRT ou sindicato com a discriminação das verbas rescisórias;
- e) Cópia do Comunicado de Dispensa para o Seguro Desemprego;
- f) 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;
- g) 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;
- 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 compromisso contraído pelo segurado junto ao credor;
- j) Extrato analítico emitido pelo credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou compromisso contraído pelo segurado junto ao credor e o status das parcelas;
- k) Cópia da Ficha de Registro do Empregado;
- 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, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado evento coberto) estão indicados na cláusula 17.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 DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – IFTT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o pagamento do 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. Esta cobertura não poderá ser contratada de forma isolada e nem em conjunto com as coberturas adicionais de Perda de Renda por Desemprego Involuntário – DI e Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária por Acidente – IFTTA.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2.DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplicam a esta cobertura a seguinte definição:
 - 2.1.1. **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 a contratação desta cobertura todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos regulamentados que possam comprovar a atividade exercida por intermédio dos documentos relacionados na cláusula 11.LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO desta condição especial e que se encontrem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde, na data da respectiva contratação do seguro.
- 3.2. 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.
- 3.3. 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) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS;
 - B) 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;

- C) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATÓIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS;
- D) 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;
- E) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE EVENTO COBERTO;
- F) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS;
- G) TRATAMENTOS PARA OBESIDADE, EM QUALQUER MODALIDADE, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA;
- H) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- I) TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS E ORTODÔNTICOS DE QUAISQUER ESPÉCIES, SALVO QUANDO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, OCORRIDOS DENTRO DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO;
- J) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE;
- K) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E OS NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA.

4.2. TAMBÉM ESTARÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E 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.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro previsto no bilhete de seguro 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 bilhete de seguro.
- 5.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da incapacidade física total e temporária indicada no relatório médico.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO 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.

9. CARÊNCIA

9.1. O período de carência para esta cobertura será de 30 (trinta) dias, a contar da data do início de vigência do seguro, e estará indicado no bilhete de seguro.

10.FRANQUIA

10.1. O período de franquia para esta cobertura será de 31 (trinta e um) dias, a contar da data da ocorrência do evento coberto, e estará indicado no bilhete de seguro.

11.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta 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 beneficiário, 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 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, quando for 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;

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin

São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



n) Extrato analítico emitido pelo credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou compromisso contraído pelo segurado perante a obrigação e o status das parcelas.

11.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro, bem como para pagamento de indenização (se caracterizado evento coberto) estão indicados na cláusula 17.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 DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – IFTTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao beneficiário, até o limite do capital segurado contratado, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto** e desde que enquadrado no perfil indicado na cláusula 3.ELEGIBILIDADE desta condição especial, durante o período em que estiver sob tratamento médico e durante a vigência do seguro, observado o período de franquia, os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada de forma isolada e nem em conjunto com as coberturas adicionais de Perda de Renda por Incapacidade Física Total Temporária – IFTT e Perda de Renda por Desemprego Involuntário – DI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na cláusula 2.DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplicam a esta cobertura a seguinte definição:
 - 2.1.1. **Incapacidade Física:** impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal exercer sua profissão, por doença ou acidente pessoal coberto, durante o período em que estiver sob tratamento médico.

3. ELEGIBILIDADE

- 3.1. Serão elegíveis a contratação desta cobertura, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos regulamentados, que exercem sua atividade profissional sem vínculo empregatício, por conta própria, que mantenham vínculo através de contrato ou documento contábil comprobatório da atividade e que sejam contribuintes regulares da previdência social 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 em que o segurado tenha sido indenizado, somente estará elegível a contratação dessa cobertura novamente após o período de 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.
- 3.2. 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, bem como proponente pessoa jurídica.
- 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) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E DOENÇAS PROVOCADAS PELA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS;
- B) 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;
- C) DOENÇAS DE CARACTERÍSTICAS RECONHECIDAMENTE PROGRESSIVAS, TAIS COMO FIBROMIALGIA, ARTRITE REUMATÓIDE, OSTEOARTROSE, DOR MIOFASCIAL, ESCLEROSE MÚLTIPLA, DOENÇA DE ALZHEIMER, DOENÇA DE PARKINSON, ENTRE OUTRAS;
- D) 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;
- E) TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS COM FINALIDADE ESTÉTICA, SALVO QUANDO NECESSÁRIAS À RESTAURAÇÃO DAS FUNÇÕES ALTERADAS EM RAZÃO DE SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DO SEGURO;
- F) CIRURGIAS PLÁSTICAS (ESTÉTICAS OU NÃO) E PERÍODOS DE CONVALESCENÇA A ELAS RELACIONADOS;
- G) TRATAMENTOS PARA OBESIDADE, EM QUALQUER MODALIDADE, INCLUSIVE GASTROPLASTIA REDUTORA;
- H) TRATAMENTOS PARA SENILIDADE, GERIATRIA, REJUVENESCIMENTO, REPOUSO, CONVALESCENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- I) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro previsto no bilhete de seguro 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 bilhete de seguro.
- 5.3. O pagamento do capital segurado desta cobertura cancelará automaticamente o bilhete de seguro.

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 do segurado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 14.PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 15.CANCELAMENTO DO SEGURO das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura;
 - Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

9. FRANQUIA

- 9.1. O período de franquia para esta cobertura será de 31 (trinta e um) dias, contados a partir da data de ocorrência do evento coberto, e estará indicado no bilhete de seguro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:
- Formulário "Aviso de Sinistro", com informações gerais sobre o evento coberto, e todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado;
 - Cópias do Registro Geral – RG ou Registro Nacional para Estrangeiros – RNE, Cadastro de Pessoa Física – CPF e comprovante de residência do segurado;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
 - Exames e laudos médicos que confirmem a ocorrência de evento coberto;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO e/ou Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT, se cabível;
 - Cópia do laudo da perícia técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, quando for acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
 - Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo – RPA – os 3 (três) últimos anteriores ao afastamento;
 - Comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
 - Cópia do documento comprovando a dívida ou de compromisso contraído pelo segurado junto ao credor;
 - Extrato analítico emitido pelo credor contendo o saldo devedor atualizado da dívida ou compromisso contraído pelo segurado perante a obrigação e o status das parcelas.
- 10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro, bem como para pagamento de indenização (se caracterizado evento coberto) estão indicados na cláusula 17.LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

11.DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. 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.