

SUDASEG SEGURADORA DE DANOS E PESSOAS S/A

SEGURO SUDASEG PRESTAMISTA
CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

ÍNDICE

| | | |
|--------------|--|----|
| CLÁUSULA 1. | OBJETIVO | 3 |
| CLÁUSULA 2. | DEFINIÇÕES | 3 |
| CLÁUSULA 4. | RISCOS EXCLUÍDOS..... | 7 |
| CLÁUSULA 5. | ÂMBITO GEOGRÁFICO | 9 |
| CLÁUSULA 6. | FRANQUIAS OU CARÊNCIAS | 9 |
| CLÁUSULA 7. | ACEITAÇÃO DA PROPOSTA..... | 10 |
| CLÁUSULA 8. | INCLUSÃO DE COMPONENTES..... | 11 |
| CLÁUSULA 9. | CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA | 11 |
| CLÁUSULA 10. | VIGÊNCIA DO SEGURO | 12 |
| CLÁUSULA 11. | INÍCIO E RENOVAÇÃO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL | 12 |
| CLÁUSULA 12. | TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL | 13 |
| CLÁUSULA 13. | CAPITAL SEGURADO..... | 14 |
| CLÁUSULA 14. | RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO | 14 |
| CLÁUSULA 15. | PAGAMENTO DOS PRÊMIOS | 15 |
| CLÁUSULA 16. | SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS..... | 20 |
| CLÁUSULA 17. | OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE | 20 |
| CLÁUSULA 18. | OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA | 21 |
| CLÁUSULA 19. | PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO | 22 |
| CLÁUSULA 20. | JUNTA MÉDICA | 22 |
| CLÁUSULA 21. | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO | 23 |
| CLÁUSULA 22. | PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO | 24 |

| | | |
|--------------|--|----|
| CLÁUSULA 23. | REINTEGRAÇÃO..... | 26 |
| CLÁUSULA 24. | BENEFICIÁRIOS..... | 26 |
| CLÁUSULA 24. | REENQUADRAMENTO DA TAXA DE PRÊMIO | 27 |
| CLÁUSULA 25. | ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA | 27 |
| CLÁUSULA 26. | CESSAÇÃO DA COBERTURA | 27 |
| CLÁUSULA 27. | CANCELAMENTO E ALTERAÇÃO DO CONTRATO | 28 |
| CLÁUSULA 28. | MATERIAL DE DIVULGAÇÃO | 29 |
| CLÁUSULA 29. | PRESCRIÇÃO..... | 29 |
| CLÁUSULA 30. | FORO | 29 |
| CLÁUSULA 31. | TRIBUTOS..... | 29 |
| CLÁUSULA 32. | ACEITAÇÃO DO SEGURO | 29 |
| CLÁUSULA 33. | ARREPENDIMENTO | 29 |
| CLÁUSULA 34. | DISPOSIÇÕES GERAIS | 30 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE..... | 31 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL | 33 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE | 35 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA | 41 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE | 50 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR | 62 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE | 66 |
| | CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO..... | 70 |

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1. O presente seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nestas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado.
- 1.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal:

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

a) Incluem-se nesse conceito:

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

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.
- 2.2. **Apólice:** Documento emitido pela Seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos. Neste produto a Apólice é Coletiva.
- 2.3. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.4. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.
- 2.5. **Cancelamento:** dissolução antecipada do seguro.
- 2.6. **Capital Segurado:** Valor máximo para cada cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento. Este seguro é na modalidade de Capital Segurado Vinculado.
- 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. **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal para comprovar sua inclusão no seguro.
- 2.9. **Cobertura:** garantia de compensação ao Segurado pelos prejuízos decorrentes da efetivação do sinistro previsto no seguro.
- 2.10. **Condições Contratuais:** representam as Condições Gerais e Condições Especiais de um mesmo seguro.

-
- 2.11. Condições Especiais:** conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura do seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.12. Condições Gerais:** conjunto das cláusulas da apólice que tem aplicação geral a todos os seguros de determinado ramo ou modalidade de seguro ou coberturas, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.
- 2.13. Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.
- 2.14. Corretor:** é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.
- 2.15. Credor:** aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 2.16. Declaração Pessoal de Saúde:** é a declaração, constante da Proposta de Adesão, que o Proponente a Segurado terá que preencher, de próprio punho, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.
- 2.17. Devedor:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 2.18. Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:** são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro, que seja do conhecimento do Segurado e/ou Estipulante e não declarado na Proposta de Adesão.
- 2.19. Endosso:** documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.
- 2.20. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como Estipulante-averbador, quando não participar do custeio.
- 2.21. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contratadas pelo Segurado.
- 2.22. Franquia:** quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato.
- 2.23. Garantias:** as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
- 2.24. Grupo Segurado:** totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

- 2.25. Grupo Segurável:** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato.
- 2.26. Indenização:** valor que a Seguradora deve pagar ao Segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo seguro.
- 2.27. Laudo Médico:** é o valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.
- 2.28. Liquidação de Sinistro:** processo para pagamento de indenizações ao Segurado, com base no Relatório de Regulação de Sinistros.
- 2.29. Meios remotos:** aqueles que permitam 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 tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.
- 2.30. Prêmio:** preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- 2.31. Proponente:** pessoa física ou jurídica que se dispõe a contratar o seguro junto a Seguradora.
- 2.32. Proposta de Adesão:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.33. Proposta de Contratação:** Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.34. Regulação de Sinistro:** conjunto de procedimentos realizados 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.
- 2.35. Risco:** evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro.
- 2.36. Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não estão cobertos pelo plano.
- 2.37. Segurado:** pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.38. Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

- 2.39. Seguro:** contrato pelo qual uma das partes (a Seguradora) se obriga, mediante recebimento de prêmio, a indenizar outra (o Segurado ou o Beneficiário por este indicado) por eventuais prejuízos consequentes da ocorrência de determinados eventos, desde que amparados pelas condições contratuais.
- 2.40. Sinistro:** ocorrência de acontecimentos previsto na apólice de seguro e que cause prejuízos ao Segurado.
- 2.41. Vigência:** período de tempo fixado para validade do seguro ou cobertura.

CLÁUSULA 3. COBERTURAS

- 3.1.** As Coberturas oferecidas por este Seguro encontram-se definidas em condições especiais e quando contratadas e especificadas no contrato de seguro farão parte integrante destas Condições Gerais.
- 3.2.** Neste seguro não existe cobertura básica, sendo possível a contratação de forma isolada, de qualquer uma das coberturas para quais existam Condições Especiais relacionadas a este processo.
- 3.3.** Nas Condições especiais são apresentadas as disposições de todas as coberturas incluídas neste plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos e riscos excluídos.
- 3.4.** Os valores de limite máximo de garantia, de capitais segurados e/ou benefício para as coberturas oferecidas respeitarão aos limites legais definidos em norma vigente.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. As exclusões específicas relativas a cada cobertura estão relacionadas logo após a descrição dos riscos cobertos nas respectivas Condições Especiais, estando limitadas às estabelecidas na legislação de seguros em vigor.**
- 4.2. Além das exclusões específicas, estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:**
- a. Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- b. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c. Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d. Inundação, tufões, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;**
- e. Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- f. Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal;**
- g. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;**
- h. Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteo-muscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por traumas cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica científica;**
- i. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes, assim entendido: sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas e acidentes sofridos pelo Segurado, anteriormente à adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de adesão;**
- j. A exclusão de doenças, acidentes ou lesões preexistentes, serão aplicadas nos seguros onde houver solicitação de preenchimento e/ou declaração verbal, da Declaração Pessoal de Saúde. Não havendo tal preenchimento ou declaração verbal, este item de exclusão ficará sem valor, sendo aceitas tais exclusões;**

- k. *Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;*
- l. *Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;*
- m. *Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;*
- n. *Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;*
- o. *A prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;*
- p. *Acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco;*
- q. *Danos morais;*
- r. *Eventual aplicabilidade das sanções, regulamentações, leis e restrições, na forma dos itens 1 a 3 do capítulo Embarcos e Sanções Econômicas, presente nesta Condição Geral.*

CLÁUSULA 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1. Este plano de seguros abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território brasileiro.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS OU CARÊNCIAS

- 6.1. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.
- 6.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 6.3. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, **observado a proposta**, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.

CLÁUSULA 7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA

7.1. Poderão ser incluídos no Seguro os proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade física.

Parágrafo único: Os Componentes Principais deverão estar com no mínimo 18 (dezoito) anos de idade na data de sua inclusão neste Seguro.

7.2. A Proposta de Contratação preenchida e assinada obrigatoriamente pelo Estipulante deverá ser entregue à Seguradora.

Parágrafo Único: As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar a disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação, respectivamente, da Proposta de Contratação e dos Cartões-Proposta.

7.3. A adesão à apólice pelos proponentes deverá ser precedida do preenchimento de proposta de adesão, podendo ser exigido para análise da aceitação o preenchimento da declaração pessoal ou prova de saúde.

7.4. A aceitação deste seguro está sujeita a análise do risco e a Seguradora terá um prazo de até 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão, contados da data do seu recebimento.

7.5. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo estabelecido no item 7.4., voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.6. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito nos subitens 7.4. e 7.5. destas Condições Gerais, a aceitação será automática.

7.7. A recusa da Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão será comunicada por escrito com a justificativa da recusa e, caso já tenha ocorrido o pagamento de prêmio, implicará na devolução integral do prêmio pago pelo Proponente e/ou Estipulante, no prazo de até 10 (dez) dias corridos, corrigido monetariamente pelo IGPM desde a data do pagamento até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

7.8. No caso do Seguro contratado sem Proposta de Adesão e/ou Declaração Pessoal de Saúde do Segurado, fica o Estipulante responsável pela informação de que cada participante do Grupo Segurado encontra-se de acordo com o subitem 7.1. destas Condições Gerais.

- 7.9.** A inobservância à condição prevista no subitem 7.8. acima, caracterizará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado.

CLÁUSULA 8. INCLUSÃO DE COMPONENTES

- 8.1.** A inclusão dos Componentes Seguráveis é feita por adesão a apólice coletiva, mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão, contendo cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais. A inclusão dos Componentes poderá ser ainda realizada através de meios remotos de acordo com a legislação em vigor.

8.1.1. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.

§1º Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.

§2º O percentual de que trata o parágrafo anterior constará nos certificados individuais.

§3º Na situação de que trata o caput, caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

8.2. Forma de Adesão:

- a) Automática, quando o Seguro abranger todos os Componentes Principais do Grupo Segurável;
- b) Facultativa, quando o Seguro abranger somente os Componentes Principais que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

CLÁUSULA 9. CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA

- 9.1.** Este seguro prestamista poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade de a pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro.

§ 1º O seguro deve ser feito sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários.

§ 2º A formalização da inclusão de cada segurado deve ser realizada por meio do preenchimento de sua respectiva proposta.

CLÁUSULA 10. VIGÊNCIA DO SEGURO

10.1. O prazo de vigência do seguro estará especificado no certificado individual e na proposta de adesão.

§ 1º O prazo de que trata o caput corresponderá ao prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.

§ 2º Nos casos em que a obrigação perdura por período indeterminado, o prazo de vigência será acordado entre as partes, observado o que dispõe o caput.

§ 3º O prazo final de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice coletiva.

10.2. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada:

I – se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente; e

II – se houver ampliação do prazo original, a seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

10.3. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

CLÁUSULA 11. INÍCIO E RENOVAÇÃO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. O início de vigência das coberturas individuais deste Seguro será estabelecido no certificado Individual, através de cláusula específica. A cobertura individual deste seguro terá início e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas constantes no Certificado Individual.

- a) Nas propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura coincidirá com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
 - b) As propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.
- 11.2.** O prazo de vigência do seguro estará especificado no certificado individual e na proposta de adesão, sendo renovado, automaticamente, uma única vez pelo mesmo período. As renovações posteriores serão feitas, de forma expressa, pelo Estipulante desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos. No início do contrato e a cada renovação serão enviados novos certificados individuais.
- 11.3.** Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora, a faculdade, de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 11.4.** Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos dos Segurados.
- 11.5.** A renovação automática não se aplica aos estipulantes ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 11.6.** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

CLÁUSULA 12. TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 12.1.** A cobertura de cada Segurado cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se em qualquer caso, a isenção da Seguradora de qualquer responsabilidade, sem restituições dos prêmios, se o Segurado, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou majorar a indenização.
- 12.2.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura deste Seguro cessa ainda:
- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Componente Principal e o Estipulante;

- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
 - c) quando ocorrer a morte ou a invalidez permanente total do Componente Principal, e
 - d) a apólice for cancelada pela Seguradora ou pelo Estipulante, desde que tal cancelamento seja devidamente comunicado por escrito com antecedência mínima de 30 dias.
- 12.3.** Este seguro é estruturado em regime financeiro de repartição e não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

CLÁUSULA 13. CAPITAL SEGURADO

- 13.1.** Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga em função do valor estabelecido para cada garantia, vigente na data do evento. Este seguro é na modalidade de Capital Segurado Vinculado.
- 13.2. Capital Segurado Vinculado:** modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 13.3.** A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado estará definida nas condições especiais de cada cobertura.
- 13.4.** O Capital Segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual do Segurado.
- 13.5.** A modalidade de capital segurado, bem como sua descrição, constará da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice e do certificado individual.

CLÁUSULA 14. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

- 14.1.** A forma de recálculo adotada constará na Apólice Coletiva e no Certificado Individual, conforme opções abaixo:
- a) Quando o prêmio for recalculado e pago na mesma periodicidade de variação do Capital Segurado, recálculo do Capital Segurado será feito mensalmente na data de pagamento do prêmio mensal do seguro.
 - b) Quando o prêmio não for recalculado e pago na mesma periodicidade de variação do Capital Segurado, neste caso o Capital Segurado será recalculado na data do sinistro.

- 14.2.** Para efeitos de apuração do valor da Indenização será considerado como Capital Segurado o valor recalculado da obrigação na data do sinistro.

CLÁUSULA 15. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 15.1.** Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante no Contrato o custeio poderá ser:
- a) Não contributivo, em que os Segurados não pagam Prêmio, ou;
 - b) Contributivo, em que os Segurados pagam Prêmio total ou parcialmente.
- 15.2.** Caso o seguro esteja estruturado no critério tarifário de taxa média, sempre que ocorrer a alteração da idade média do grupo de segurados, a Seguradora somará a taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo Prêmio a partir do mês de aniversário da Apólice.
- 15.3.** O valor do Prêmio será aquele determinado no Contrato, sendo reajustado sempre que houver reajuste do Capital Segurado e pelos mesmos índices.
- 15.4.** O Prêmio poderá ser pago através de débito automático em conta corrente, débito em folha de pagamento, cartão de crédito ou ficha de compensação, de acordo com a opção do Estipulante ou Segurado, constante na Apólice.
- 15.5.** A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:
- a) nome do Segurado;
 - b) valor do prêmio;
 - c) data de emissão do documento de cobrança;
 - d) número da apólice e/ou do certificado individual;
 - e) data limite para o pagamento.
- 15.6.** A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 15.5. diretamente ao segurado ou ao seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5(cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.

- 15.7.** O disposto no subitem 15.6. não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.
- 15.8.** O pagamento do prêmio poderá ser realizado de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme condições contratuais.
- 15.9.** Caso do pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.
- 15.10.** Caso do pagamento dos prêmios seja na forma anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.
- 15.11.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.
- 15.12.** O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.
- 15.12.1** Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 15.5 deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.
- 15.13.** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário.
- 15.14.** Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, o critério adotado será o seguinte:
- 15.14.1** Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.
- 15.14.2** Deverá ser garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

15.14.3 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de Vigência da Apólice.

15.14.4 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de Vigência da cobertura será ajustado em função do Prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

| RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE | FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL | RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE | FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL |
|--|---|--|---|
| 13 | 15/365 dias | 73 | 195/365 dias |
| 20 | 30/365 dias | 75 | 210/365 dias |
| 27 | 45/365 dias | 78 | 225/365 dias |
| 30 | 60/365 dias | 80 | 240/365 dias |
| 37 | 75/365 dias | 83 | 255/365 dias |
| 40 | 90/365 dias | 85 | 270/365 dias |
| 46 | 105/365 dias | 88 | 285/365 dias |
| 50 | 120/365 dias | 90 | 300/365 dias |
| 56 | 135/365 dias | 93 | 315/365 dias |
| 60 | 150/365 dias | 95 | 330/365 dias |
| 66 | 165/365 dias | 98 | 345/365 dias |
| 70 | 180/365 dias | 100 | 365/365 dias |

15.14.5 Para os percentuais não previstos na tabela do subitem 15.14.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.14.6 A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de Vigência ajustado, conforme subitem 15.14.4.

15.14.7 O Segurado poderá restabelecer a cobertura deste seguro, pelo período inicialmente contratado, desde que efetue o pagamento do Prêmio devido, acrescido de juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária pela variação positiva do índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, antes do término do prazo estabelecido com base na tabela indicada no subitem 15.14.4.

15.14.8 Findo o novo prazo de Vigência da cobertura referido no subitem 15.14.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do Prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do Contrato, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

- 15.14.9** No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de Vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua Vigência, sendo vedada a cobrança de Prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.
- 15.14.10** Respeitado o disposto no item 15.14 e seus subitens, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de ficha de compensação, deste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:
- i. a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro e
 - ii. a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira, poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro.
- 15.15.** O disposto no item 15.14 e seus subitens não se aplica aos planos cujo custeio do Prêmio se dê sob a forma mensal.
- 15.16.** No caso de recebimento indevido de Prêmio, o mesmo será devolvido corrigido monetariamente pelo índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato desde a data de recebimento do Prêmio até a data do referido pagamento.
- 15.17.** A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.
- 15.18.** Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 15.18.1** Nos casos previstos no item 15.14, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 15.19.** Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.
- 15.20.** O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 9.1. destas Condições Gerais.

- 15.20.1** Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.
- 15.21.** O não pagamento do prêmio por parte do Segurado nos prazos estipulados na apólice, enseja em suspensão automática do direito às Coberturas estabelecidas na apólice.
- 15.21.1.** A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.
- 15.22.** A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.
- 15.22.1.** A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.
- 15.22.2.** Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de Seguro Contributário recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice sem garantias dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.
- 15.22.3.** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.
- 15.22.4.** Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 15.22.5.** Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, ou por meio judicial.
- 15.22.6.** Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à

Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição, poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, as disposições dos subitens 15.22 e 15.22.1 acima.

CLÁUSULA 16. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS

16.1. Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal:

16.1.1. Quando o custeio do Prêmio se der sob a forma mensal, a falta de pagamento de qualquer parcela acarretará a suspensão imediata e automática de todas as garantias, perdendo os Segurados ou seus Beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de Sinistro ocorrido no período de suspensão.

16.1.2. O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, quando o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do Prêmio, vedada a cobrança do Prêmio referente ao período de mora, respondendo a Seguradora somente pelos Sinistros ocorridos a partir das 24 horas da data da reabilitação.

16.1.3. O Estipulante/Segurado em atraso com o pagamento dos Prêmios mensais será notificado da suspensão das garantias e cientificado de que a não reabilitação do seguro, nas condições previstas no item 16.1.2 acima, no prazo de 10 (dez) dias, acarretará o cancelamento do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das garantias.

16.2. Outras formas de suspensão:

16.2.1. Embargos, leis, regulamentações e sanções posteriores ao fato gerador do sinistro.

CLÁUSULA 17. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

17.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a)** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b)** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança,
- e) quando este for de sua responsabilidade;
- f) Repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- i) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- m) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

CLÁUSULA 18. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- 18.1.** Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:

- a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;
- b) Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber;
- c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;
- d) Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.

CLÁUSULA 19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 19.1. Ocorrendo o Sinistro coberto por este Seguro, este deverá ser comunicado assim que possível à Seguradora, por fax, telegrama ou carta. Deverá, em seguida, ser entregue cópia autenticada da documentação relacionada nas condições especiais da respectiva cobertura.
- 19.2. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.
- 19.3. Em caso de acidente, o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 19.4. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

CLÁUSULA 20. JUNTA MÉDICA

- 20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora Deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 20.2. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador escolhido pelos dois nomeados.

- 20.3.** 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.
- 20.4.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os honorários do terceiro médico serão divididos em partes iguais entre o Segurado e a Seguradora.

CLÁUSULA 21. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

- 21.1.** As indenizações, se devidas, serão pagas no Brasil de forma única ou parcelada conforme a respectiva cobertura, em moeda nacional, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, de todos os documentos necessários a comprovação ou elucidação do evento, atualizadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, pelo Índice Geral de Preços (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV), da data do evento até a data do efetivo pagamento pela Seguradora.

PARAGRAGO ÚNICO: A contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa e reiniciada no caso de solicitação de nova documentação, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

- 21.2.** Além da atualização monetária prevista no item 21.1., o valor da indenização será acrescido de juros de 1% (um por cento) ao mês quando o prazo de liquidação superar o prazo máximo descrito no Parágrafo Único do item 21.1, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.
- 21.3.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 21.4.** Caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora arcará com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

Parágrafo único. 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 dispuserem as condições gerais.

- 21.5. As parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 21.6. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem estas condições gerais.
- 21.7. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.
- 21.8. Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, a indenização será feita no máximo em 24 parcelas, conforme estabelecido nas Condições Especiais.
- 21.9. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 22.1. O segurado e seu(s) Beneficiário(s) perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:
 - a) Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influído na aceitação ou taxação do seguro;
 - b) Não-cumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
 - c) Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a Indenização;

- d) Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
 - e) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto e suas consequências;
 - f) Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante;
 - g) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado;
 - h) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.
 - i) Não fornecimento da documentação solicitada;
- 22.2.** O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de alterar ou agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 22.3.** Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão.
- 22.4.** A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.
- 22.5.** O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 22.6.** Se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.
- 22.6.1** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:
- 22.6.1.1.** Na hipótese de não ocorrência do Sinistro, ocorrerá:

- a) O cancelamento do seguro, retendo-se do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, a continuidade do seguro, cobrando-se a diferença de Prêmio cabível ou restringindo-se a cobertura contratada.

22.6.1.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

22.6.1.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

CLÁUSULA 23. REINTEGRAÇÃO

23.1 A Seguradora fará a reintegração do Capital Segurado de cada garantia automaticamente após cada sinistro, exceto nos casos de morte e de invalidez permanente total.

CLÁUSULA 24. BENEFICIÁRIOS

24.1. O primeiro beneficiário deste Seguro é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

§ 1º A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme Condições Especiais de cada cobertura.

§ 2º 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.

CLÁUSULA 24. REENQUADRAMENTO DA TAXA DE PRÊMIO

24.1. As taxas de prêmio serão reenquadradas anualmente, na data de aniversário do contrato, de acordo com o estabelecido a seguir:

24.1.1. Por Idade Média: A taxa de prêmio deste Seguro é calculada em conformidade com a idade média dos segurados que compõe a Apólice Coletiva, sua precificação está representada na Tabela de Taxas e Prêmios por Idade Média, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de idade, as taxas de prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá na data de aniversário da apólice a cada 12 meses.

CLÁUSULA 25. ALTERAÇÕES NESTE SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

25.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

25.2. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

25.3. Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

25.4. A renovação que não acarretar alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante mediante a concordância da Seguradora.

CLÁUSULA 26. CESSAÇÃO DA COBERTURA

26.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, observadas as disposições destas condições gerais, a cobertura do segurado cessa:

I. quando a obrigação for extinta;

- II. quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro;
- III. quando o prêmio não for pago conforme o convencionado, observado o que dispuserem estas condições contratuais no que diz respeito à inadimplência; e
- IV. no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

CLÁUSULA 27. CANCELAMENTO E ALTERAÇÃO DO CONTRATO

27.1. É facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação.

Parágrafo Único: O presente Seguro poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

27.2. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

27.3. Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

27.4. O Segurado poderá substituir seus Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora, respeitado o disposto na Cláusula 24 destas Condições Gerais e seus subitens.

Parágrafo único: Nenhuma alteração de Beneficiários terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado devidamente recebida pela Seguradora.

27.5. Em caso de alteração do contrato que acarrete alteração de prêmio, o novo prêmio será comunicado por escrito ao Segurado e será cobrado no mês subsequente ao da alteração. Por implicar em ônus para os segurados, a alteração do valor do prêmio dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

27.6. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- I. a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- II. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 15.4.

CLÁUSULA 28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 28.1.** As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas, rigorosamente, as Condições Gerais, as condições de cada garantia e a nota técnica submetidas à SUSEP.

CLÁUSULA 29. PRESCRIÇÃO

- 29.1.** Qualquer direito do Segurado ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 30. FORO

- 30.1.** Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.

CLÁUSULA 31. TRIBUTOS

- 31.1.** Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CLÁUSULA 32. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 32.1.** A aceitação deste seguro estará sujeita à análise de risco.

CLÁUSULA 33. ARREPENDIMENTO

- 33.1.** O Segurado que contratar este plano, por meio físico ou através de meios remotos, poderá desistir do seguro no prazo de 7(sete) dias corridos a contar do início de vigência do seguro, da assinatura da proposta ou da data de pagamento do prêmio.
- 33.2.** O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

- 33.3.** A Seguradora ou seu representante, conforme for o caso, fornecerão ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- 33.4.** Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento previsto nesta cláusula, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo de arrependimento, serão devolvidos, no prazo de 7 dias úteis.
- 33.5.** A devolução a que se refere o item anterior será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

CLÁUSULA 34. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 34.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 34.2.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 34.3.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Morte.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao **Credor**, limitado ao valor do **Capital Segurado** contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do segurado.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 6.2. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- 6.3. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

- 6.4.** O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- 6.5.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado
 - b) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
 - c) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, com firma reconhecida;
 - d) Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado.

CLÁUSULA 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

1.2. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Morte Acidental.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

2.2. Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

3.2. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao **Credor**, limitado ao valor do **Capital Segurado** contratado para esta Garantia quando ocorrer a morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes na Cláusula 4 - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

CLÁUSULA 5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente em caso de morte.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

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

- 6.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 7. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 7.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado
 - b) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
 - c) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, com firma reconhecida;
 - d) Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
 - e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
 - f) Laudo Necroscópico – IML;
 - g) CNH – caso o seja o segurado o condutor do veículo;
 - h) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
 - i) CAT – quando o caso exigir;

CLÁUSULA 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao **Credor**, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, em caso de Invalidez Permanente TOTAL, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.**

3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total por Acidente.

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

3.4. Definição de Invalidez permanente total por acidente é a perda ou impotência funcional definitiva e total, em virtude de lesão física causada por Acidente Pessoal devidamente coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, tendo em vista os recursos terapêuticos disponíveis no momento.

3.5. Definição de Nefrectomia Bilateral é a remoção de ambos os rins.

3.6. Para efeito deste seguro, entende-se como “invalidez permanente total”, os acidentes que resultem em:

- a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- b) Perda total do uso de ambos os braços;
- c) Perda total do uso de ambas as pernas;
- d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- f) Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- g) Perda total do uso de ambos os pés;
- h) Alienação mental total incurável; e
- i) Nefrectomia bilateral por acidente.

3.7. Não ficando abolidas por completo as funções dos membros ou órgãos lesados, a indenização por invalidez permanente total por acidente não será devida pela Seguradora, independente da percentagem de redução das funções.

3.8. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez pré-existente será percentualmente deduzido para fins de indenização.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente - IPTA:

4.1.1. doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

4.1.2. os envenenamentos, ainda que acidentais;

4.1.3. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- 4.1.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
 - 4.1.5. acidentes médicos;
 - 4.1.6. perda de dentes ou danos estéticos.
- 4.2. Os acidentes ocorridos em consequência:
- 4.2.1. da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 4.2.2. de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;
 - 4.2.3. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

CLÁUSULA 5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 5.1. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da invalidez.

CLÁUSULA 6. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 6.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 6.2. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

- 6.3.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 6.4.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.
- 6.5.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 6.6.** 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.
- 6.7.** Com a indenização por esta condição especial de IPTA o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 7.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 7.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- a)** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b)** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c)** com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

CLÁUSULA 8. PRÊMIO

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

CLÁUSULA 9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1.** Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 9.2.** Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- 9.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 10.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 10.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 10.4.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 10.5.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a) Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b) Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
 - c) Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
 - d) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
 - e) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;

- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- g) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
- h) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial.

10.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

CLÁUSULA 11. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

| TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA) | |
|---|-------------------------------------|
| Discriminação | % sobre Importância Segurada |
| Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| Alienação mental total e incurável | 100 |
| Nefrectomia bilateral | 100 |

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPTD.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Além das definições da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano serão utilizadas para esta Condição Especial:
- 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. Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
 - 2.1.7. Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
 - 2.1.8. Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

- 2.1.9. Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
- 2.1.10. Consumo:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.1.11. Dados Antropométricos:** no caso da garantia de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.
- 2.1.12. Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.1.13. Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.1.14. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.1.15. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.1.16. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.1.17. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.1.18. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.1.19. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.1.20. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.1.21. Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.1.22. Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

- 2.1.23. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.1.24. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.25. Hígido:** saudável.
- 2.1.26. Médico Assistente:** médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.1.27. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.28. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.1.29. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.1.30. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.1.31. Relações autonômicas:** entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.
- 2.1.32. Relações existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.1.33. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.1.34. Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.1.35. Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1.** A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao **Credor**, limitado ao valor do Capital Segurado contratado para esta garantia, em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais**

cláusulas das Condições Gerais e do Contrato. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

CLÁUSULA 4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- a)** doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- c)** doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- d)** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e)** doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f)** doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g)** deficiência visual, decorrente de doença:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho,
 - com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h)** doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- i)** os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

CLÁUSULA 5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença - IFPD, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- 5.1.1. a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- 5.1.2. a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;**
- 5.1.3. os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**
- 5.1.4. as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;**
- 5.1.5. as doenças agravadas por traumatismos;**
- 5.1.6. as 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;**
- 5.1.7. os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;**

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

CLÁUSULA 7. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 7.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez funcional permanente total por doença estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 7.2. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 7.3. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta, com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 7.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.
- 7.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 7.6. 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.
- 7.7. Com a indenização por esta condição especial de IFPD o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente assinada por médico assistente.
- 8.2.** A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- 8.3.** Do Aviso de Sinistro deve constar a Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 8.4.** Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS;
- 8.5.** Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
- a)** cópia do RG ou RNE, CPF e comprovante de residência e telefone do segurado;
 - b)** Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
 - c)** Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e
 - Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
 - d)** documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.
- 8.6.** Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

- 8.7.** Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.
- 8.8.** Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.
- 8.9.** O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

CLÁUSULA 9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Invalidez Funcional Permanente Total por doença indicada na declaração médica.

CLÁUSULA 10. NÃO RECONHECIMENTO DA IFPD

- 10.1. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.**
- 10.2.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 10.3.** 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.

CLÁUSULA 11. PERÍCIA MÉDICA

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

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

CLÁUSULA 12. CLÁUSULA 10. PRÊMIO

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

CLÁUSULA 13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1.** Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas a para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao **Credor**, limitado ao valor do **Capital Segurado** contratado para esta garantia em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Cláusula, das Condições Gerais e do Contrato.
 - 3.1.1. Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.
- 3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente.
- 3.3. A Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica.
- 3.4. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela do item 3.6, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição Permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- 3.5. Na falta de indicação da percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base

das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

- 3.6.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos no ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 3.7.** No caso de perda parcial, ficando reduzida as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, a percentagem de redução prevista na Tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 3.8.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de Invalidez Permanente por Acidente; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total.
- 3.9.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA:

- 4.1.1. doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**
- 4.1.2. os envenenamentos, ainda que acidentais;**

- 4.1.3. quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - 4.1.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal;
 - 4.1.5. acidentes médicos;
 - 4.1.6. perda de dentes ou danos estéticos.
- 4.2. Os acidentes ocorridos em consequência:
- 4.2.1. da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 4.2.2. de acidente ocorrido quando o segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;
 - 4.2.3. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

CLÁUSULA 5. REINTEGRAÇÃO

- 5.1. No caso de Invalidez Permanente Parcial por acidente:
- 5.1.1. O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 5.2. No caso de Invalidez Permanente Total por acidente:
- 5.2.1. A Seguradora não fará a reintegração do Capital Segurado após o sinistro.
 - 5.2.2. O segurado terá a apólice ou certificado individual cancelado após o pagamento de indenização referente à cobertura de invalidez total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 6.1. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- 6.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

- 6.3.** Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de invalidez ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado.

CLÁUSULA 7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 7.1.** As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando contratadas ambas as garantias, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado em razão da invalidez.

CLÁUSULA 8. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

- 8.1.** O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 8.2.** No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem para sua perda total prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 8.3.** Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.
- 8.4.** Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.

- 8.5.** Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, caso houvesse a perda completa desse membro.
- 8.6.** Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 8.7.** A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.
- 8.8.** A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 8.9.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. 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.
- 8.10.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 8.11.** 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.
- 8.12.** Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de IPA, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

CLÁUSULA 9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

- 9.1.** A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- 9.2.** Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- a)** simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - b)** a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - c)** com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença - em que o segurado recebeu indenização como antecipação da morte).

CLÁUSULA 10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Para o recebimento do Capital Segurado ou da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.
- 10.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 10.3.** A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.
- 10.4.** O valor a ser indenizado ao beneficiário será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 10.5.** A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:
- a)** Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado;
 - b)** Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
 - c)** Ficha de Registro de Emprego Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
 - d)** Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
 - e)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);

- f) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Relatório médico contendo o carimbo com o número do CRM - Conselho Regional de Medicina;
- h) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado ou declaração de residência;
- i) Relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:
 - Diagnóstico;
 - Data da alta definitiva;
 - Tratamento usado;
 - Percentual de redução funcional apresentado em decorrência do acidente.

10.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

10.7. A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

CLÁUSULA 11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais deste Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

ANEXO - Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a seguradora pagará ao segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

| TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPTA) | |
|--|------------------------------|
| Discriminação | % sobre Importância Segurada |
| Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| Alienação mental total e incurável | 100 |
| Nefrectomia bilateral | 100 |
| INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS) | |
| Perda total da visão de um olho | 30 |
| Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a visão do outro olho | 70 |
| Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| Mudez incurável | 50 |
| Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES | |
| Perda total de uso de um dos membros superiores | 70 |
| Perda total do uso de uma das mãos | 60 |
| Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares | 30 |
| Aquilose total de um dos ombros | 25 |
| Aquilose total de um dos cotovelos | 25 |

| | |
|---|----|
| Aquilose total de um dos punhos | 20 |
| Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano | 25 |
| Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano | 18 |
| Perda total do uso da falange distal do polegar | 9 |
| Perda total do uso de um dos dedos indicadores | 15 |
| Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios | 12 |
| Perda total do uso de um dos dedos anulares | 9 |
| Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização do equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | |
| INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES | |
| Perda total do uso de um dos membros inferiores | 70 |
| Perda total do uso de um dos pés | 50 |
| Fratura não consolidada de um fêmur | 25 |
| Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-fibulares | 20 |
| Fratura não consolidada da patela | 20 |
| Fratura não consolidada de um pé | 20 |
| Anquilose total de um dos joelhos | 20 |
| Anquilose total de um dos tornozelos | 20 |
| Anquilose total de um quadril | 20 |
| Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé | 25 |
| Amputação do 1º (primeiro) dedo | 10 |
| Amputação de qualquer dedo | 3 |
| Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |
| Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 |
| Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros | 10 |
| Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros | 6 |
| Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros | 0 |
| PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA | |
| A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela | |
| DIVERSAS | |
| MANDÍBULA: | |
| Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos | |
| Em grau mínimo | 10 |
| Em grau médio | 20 |

| | |
|---|----|
| Em grau máximo | 30 |
| NARIZ: | |
| Perda total do nariz | 25 |
| Perda total do olfato | 7 |
| Perda do olfato com alterações gustativas | 10 |
| APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO: | |
| Diplopia | 15 |
| LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS: | |
| Unilateral | 7 |
| Unilateral com fístulas | 15 |
| Bilateral | 14 |
| Bilateral com fístulas | 25 |
| LESÕES DA PÁLPEBRA: | |
| Ectrópio Unilateral | 3 |
| Ectrópio Bilateral | 6 |
| Entrópio Unilateral | 7 |
| Entrópio Bilateral | 14 |
| Má oclusão palpebral Unilateral | 3 |
| Má oclusão palpebral Bilateral | 6 |
| Ptose palpebral Unilateral | 5 |
| Ptose palpebral Bilateral | 10 |
| APARELHO DA FONACÃO | |
| Perda de substância (palato mole e duro) | 15 |
| Amputação Total da Língua | 50 |
| Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento) | 15 |
| - mais de 50% (cinquenta por cento) | 30 |
| SISTEMA AUDITIVO | |
| Perda total de uma orelha | 8 |
| Perda total das duas orelhas | 6 |
| APARELHO URINÁRIO | |
| Perda de um rim, com rim remanescente com função preservada | 30 |
| Redução da Função renal não dialítica | 50 |
| Redução da Função renal dialítica | 75 |
| Retenção crônica de urina (sondagens vesicais obrigatórias) | 15 |
| Cistostomia definitiva | 30 |
| Incontinência urinária permanente | 30 |

| APARELHO GENITAL E REPRODUTOR | |
|---|----|
| Perda de um testículo | 5 |
| Perda de dois testículos | 15 |
| Amputação traumática do pênis | 40 |
| Perda de um ovário | 5 |
| Perda de dois ovários | 15 |
| Perda do útero antes da menopausa | 30 |
| Perda do útero depois da menopausa | 10 |
| PESCOÇO | |
| Estenose da faringe com obstáculo a deglutição | 15 |
| Lesão do esôfago com transtornos da função motora | 15 |
| Traqueostomia definitiva | 40 |
| Paralisia de uma corda vocal | 10 |
| Paralisia de duas cordas vocais | 30 |
| APARELHO RESPIRATÓRIO | |
| Sequelas pós-traumáticas pleurais | 10 |
| Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total): | |
| - com função respiratória preservada | 15 |
| - com redução em grau mínimo da função respiratória | 25 |
| - com redução em grau médio da função respiratória | 50 |
| - com insuficiência respiratória | 75 |
| MAMAS(FEMININAS) | |
| Mastectomia unilateral | 10 |
| Mastectomia bilateral | 20 |
| ABDOMEM (VÍSCERAS) | |
| Gastrectomia subtotal | 20 |
| Gastrectomia total | 40 |
| Perda do baço (esplenectomia) | 15 |
| INTESTINO DELGADO | |
| Ressecção parcial | 20 |
| Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva | 40 |
| INTESTINO GROSSO | |
| Colectomia parcial | 20 |
| Colectomia total | 40 |
| Colostomia definitiva | 40 |
| RETO E ÂNUS | |

| | |
|--|----|
| Incontinência fecal sem prolapso | 30 |
| Incontinência fecal com prolapso | 50 |
| Retenção anal | 10 |
| FÍGADO | |
| Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10 |
| Lobectomia com insuficiência hepática | 50 |
| SÍNDROMES NEUROLÓGICAS | |
| Síndrome pós-concussional | 20 |
| Estresse pós-traumático | 2 |
| Epilepsia pós-traumática | 20 |
| Hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal | 20 |

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de “n” parcelas, sob forma de indenização mensal, de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao Credor, limitado ao valor do **Capital Segurado** estipulado no contrato de seguro caso ocorra uma hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.3** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.3.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por este Seguro.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;**
- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Coronavírus (COVID-19) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à estas;**
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;**
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;**
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;**
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;**
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;**
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.**

4.2 Exclusões por Condições Médicas Preexistentes:

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

4.3 Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.**
- b) local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.**
- c) clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.**
- d) instituições de saúde hidroterápica ou clínica de método curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.**

CLÁUSULA 5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.
- 5.2.** O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 6.1** Pode ser aplicada uma franquia, ou seja, o segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.
- 6.2** Caso haja a franquia, esta será estabelecida no contrato e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 6.3** Caso haja carência, será estabelecida no contrato e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

CLÁUSULA 7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1 Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado**
- b) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, com firma reconhecida;**
- c) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.**
- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar.**

CLÁUSULA 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas para esta cobertura os significados da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES descritas nas Condições Gerais deste Plano.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de “n” parcelas, sob forma de indenização mensal, de eventual dívida contraída pelo **Segurado** junto ao **Credor**, limitado ao valor do **Capital Segurado** estipulado no contrato de seguro caso ocorra uma hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.3** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;

- b) hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
- c) hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- d) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade quando voluntários ou controle da natalidade e suas consequências;
- e) cirurgias plásticas e suas consequências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- h) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

4.2 Exclusões por Condições Médicas Preexistentes:

4.2.1. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente estará coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses.

4.2.1.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, não declarada na Proposta, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

4.3 Exclusões por Instituições não Cobertas

4.3.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.

- d) instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

CLÁUSULA 5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.
- 5.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1 Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

CLÁUSULA 7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

- 8.1 Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado
 - b) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, com firma reconhecida;
 - c) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.
 - d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar.

CLÁUSULA 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

CLÁUSULA 1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Condição Especial integra as Condições Contratuais do Plano de Seguro de Pessoas desta Seguradora e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Desemprego Involuntário – D.

CLÁUSULA 2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Assalariados: aquele que mantém vínculo empregatício com pessoa jurídica, através de contrato de trabalho formalizado pela Carteira Profissional (CTPS) e recebem pagamentos periódicos consecutivos, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

CLÁUSULA 3. GARANTIA

- 3.1** A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir a amortização ou quitação de eventual dívida contraída pelo Segurado junto ao Credor, limitado ao valor do Capital Segurado quando ocorrer o desemprego involuntário do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro Prestamista.
- 3.2** A indenização acima será paga em caso de rescisão injustificada do contrato de trabalho do Segurado de forma unilateral por parte do empregador e não motivada por justa causa, caso o Segurado fique desempregado por um período superior ao descrito no certificado de seguro.
- 3.3** Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da indenização os Segurados que na data da rescisão do contrato tiverem vínculo empregatício, com a respectiva carteira profissional de trabalho assinada, e comprovarem ter estado trabalhando para a mesma empresa pelo período descrito no certificado de seguro.
- 3.4** O número e o valor das parcelas a serem pagas estarão definidos no contrato de seguro.

CLÁUSULA 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) Demissão por justa causa;**
- b) Aposentadoria;**
- c) Adesão a Programas de Demissão Voluntária incentivados pelo empregador do Segurado;**
- d) Estagiários e Contratos de Trabalho Temporário em geral;**
- e) Perda de emprego por jubilação, pensão;**
- f) Perda de emprego por renúncia ou perda voluntária do trabalho;**
- g) Exoneração de cargo público;**
- h) Falência;**
- i) Campanhas de demissões em massa. Considera-se “demissão em massa” o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de funcionários no mesmo mês;**
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;**
- k) Demissões decorrentes pejetização, ou seja, transferência do vínculo CLT para contratação posterior na modalidade Pessoa Jurídica ou trabalho autônomo ou Micro Empresário Individual.**

CLÁUSULA 5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da rescisão injustificada do contrato de trabalho.

CLÁUSULA 6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1 Quando forem aplicáveis, franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

CLÁUSULA 7. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

7.1 Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;**
- b) Comunicação de Dispensa;**

- c) Cópia autenticada da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), das seguintes páginas:
 - i. Página da foto;
 - ii. Página da qualificação civil (verso da página da foto);
 - iii. Página do contrato de trabalho, onde consta o registro de trabalho encerrado.
- d) Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, homologado no sindicato profissional;
- e) Comprovante de recebimento do FGTS
- f) Comprovante do pagamento do seguro.

CLÁUSULA 8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

- 8.1 O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado com a garantia de Desemprego Involuntário para o pagamento do mesmo compromisso financeiro com o mesmo Credor. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.
- 8.2 A seguradora devolverá quaisquer prêmios que o segurado tiver pagado em duplicidade.

CLÁUSULA 9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano que não foram revogadas por esta Condição Especial.