

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA - TAXA MÉDIA
15414.000641/2007-54

1. CONCEITOS	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	6
3. GARANTIAS DO SEGURO	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS	6
5. CONTRATAÇÃO	7
6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	7
7. CAPITAL SEGURADO	8
8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	8
9. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	9
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	9
11. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO	9
12. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	9
13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	10
14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	10
15. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	11
16. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	11
17. MODIFICAÇÕES DE RISCO	12
18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO	12
19. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	12
20. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	12
21. DO FORO	12
22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	12
23. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	12
24. DISPOSIÇÕES FINAIS	13

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA - AED

1. CONCEITO E GARANTIA	14
2. RISCOS COBERTOS	14
3. RISCOS EXCLUÍDOS	14
4. CAPITAL SEGURADO	15
5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA	15
6. TAXA	15
7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	15
8. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	16
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	16
10. DISPOSIÇÃO FINAL	16

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. CONCEITOS	17
2. GARANTIA	17
3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS/PRESTAMISTAS	17
4. FORMAS DE INCLUSÃO	17
5. CAPITAL SEGURADO	17
6. OUTRAS GARANTIAS ADICIONAIS	17
7. TAXAS	17
8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	17
9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	17
10. DISPOSIÇÃO FINAL	17

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. CONCEITO	18
2. GARANTIA	18
3. FORMAS DE INCLUSÃO	18
4. CAPITAL SEGURADO	18
5. TAXAS	18
6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	18
7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA	18
8. DISPOSIÇÃO FINAL	18

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS	19
2. OBJETO	19
3. GARANTIA DO SEGURO	19
4. RISCOS EXCLUÍDOS	19
5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	20
6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	20
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	21
8. APLICAM-SE A ESTA CLÁUSULA ADICIONAL, NO QUE NÃO CONFLITAREM, TODAS AS DEMAIS DISPOSIÇÕES DESTE CONTRATO DE SEGURO DE VIDA PRESTAMISTA	21

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE - IEA

1. CONCEITO	22
2. GARANTIA	22
3. OUTROS RISCOS COBERTOS	22
4. RISCOS EXCLUÍDOS	22
5. CAPITAL SEGURADO	23
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA	23
7. TAXA	23
8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	23
9. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	23
10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	24
11. DISPOSIÇÃO FINAL	24

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE RENDA POR AFASTAMENTO POR DOENÇA OU ACIDENTE

1. GARANTIA	25
2. CARÊNCIA	25
3. RISCOS EXCLUÍDOS	25
4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	25
5. PAGAMENTO DA RENDA	26
6. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL	26
7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	26
8. DISPOSIÇÕES FINAIS	26

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE RENDA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. GARANTIA	27
2. RISCOS EXCLUÍDOS	27
3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	27
4. PAGAMENTO DA RENDA	27
5. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL	28
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	28
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	28

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO	29
2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL	29
3. RISCOS EXCLUÍDOS	29
4. DO REEMBOLSO	29
5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	29
6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	29
7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	30
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	30
9. DISPOSIÇÃO FINAL	30

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. CONCEITO	31
2. GARANTIA	31
3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES	31
4. RISCOS COBERTOS	31
5. RISCOS EXCLUÍDOS	31
6. CAPITAL SEGURADO	32
7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA	32
8. TAXAS	32
9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO	32
10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	33
11. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA	33
12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	33
13. DISPOSIÇÃO FINAL	33

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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 do Segurado/Prestamista ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado/Prestamista ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) seqüestros e tentativas de seqüestros, dos quais o Segurado/Prestamista seja a vítima;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1.

1.2 Apólice

É o documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

1.3 Beneficiário(s)

É(são) a(s) pessoa(s) que, em decorrência de sinistro coberto, fará(ão) jus ao recebimento do valor do Capital Segurado. O primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, no valor correspondente à eventual dívida do Segurado/Prestamista existente à época do sinistro,

limitado ao valor do Capital Segurado. O valor remanescente, se houver, será pago, no caso morte, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) ou, na ausência deste(s), aos herdeiros legais. No caso de Invalidez Total e Permanente por Acidente ao próprio Segurado/Prestamista, sempre obedecido o valor do Capital Segurado.

1.4 Capital Segurado

É a importância máxima a ser paga ao Segurado/Prestamista ou Beneficiário, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

No presente seguro, o capital segurado deverá estar diretamente ligado ao valor da dívida contraída pelo segurado Prestamista junto ao Estipulante.

1.5 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6 Carregamento

É o percentual indicado nestas Condições Gerais e na Proposta de Adesão, incidente sobre os prêmios, para fazer face às despesas de corretagem, colocação e administração do seguro.

1.7 Certificado Individual

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do Proponente integrante do grupo segurável.

1.8 Comorlência

É uma das formas de término da pessoa natural e será verificada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião (não precisa ser no mesmo lugar), não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-ão simultaneamente mortos.

1.9 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de uma mesma apólice de seguro.

1.10 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, do Segurado/Prestamista, dos Beneficiários e do Estipulante.

1.11 Contrato

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades e aspectos operacionais da contratação do plano coletivo, bem como fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

1.12 Corretor de Seguro

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

1.13 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado/Prestamista anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de

sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.14 Estipulante

É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados/Prestamistas perante a Sociedade Seguradora. Poderá ser o credor hipotecário, imobiliário, administradora de fundos de investimentos ou poupança, administradora de consórcio, empresas comerciais ou industriais.

1.15 Evento Coberto

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas Garantias contempladas nestas Condições Gerais.

1.16 Excedente Técnico

É a diferença positiva entre as receitas e despesas da Apólice, no período de 12 (doze) meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da Apólice.

1.17 Garantias

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado/Prestamista quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.18 Grupo Segurado

É o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

1.19 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas ou jurídicas que possuem vínculo devidamente comprovado com o estipulante e que podem aderir a este seguro.

1.20 Indenização

Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado/Prestamista ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.**

1.21 Índice de Aceitação e Manutenção

1.21.1 É a relação entre o número de Segurados/Prestamistas e o número de participantes do grupo segurável a qual deverá ser obedecida pelo Estipulante para a aceitação e manutenção do seguro.

1.21.2 Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão no Contrato da Apólice.

1.22 Início de Vigência

É a data de aceitação da Proposta de Adesão ou, se anterior, a data de pagamento do respectivo prêmio, desde que este pagamento decorra de ato inequívoco de aceitação da Seguradora.

1.23 Limite Técnico

É o limite de Capital Segurado que a Seguradora assumirá em cada seguro específico, o qual é determinado pela própria Seguradora.

1.24 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado/Prestamista, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.25 Movimento de Faturas

1.25.1 É o documento pelo qual o Estipulante informa à Seguradora as movimentações dos Segurados/Prestamistas (inclusões e cancelamentos) e alterações de capitais segurados durante o decorrer do período de vigência.

1.25.2 **Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.**

1.26 Nota Técnica Atuarial

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.27 Prêmio

É a importância paga pelo Segurado/Prestamista à Seguradora para que esta garanta o risco contratado.

1.28 Processo SUSEP

É o registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.29 Proponente

É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado/Prestamista somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.30 Proposta de Adesão

É o documento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as Garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A Proposta de Adesão, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.31 Proposta de Seguro

É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as Garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A Proposta de Seguro, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.32 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados/Prestamistas num período considerado, os custos decorrentes dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

1.33 Risco Decorrido

É aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco já ter passado, sendo prestada a Garantia pela Seguradora antecipadamente. O fato de não ter ocorrido o sinistro, ou seja, de não ter ocorrido evento coberto, não exime a obrigação de pagamento do prêmio.

1.34 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

1.35 Segurado/Prestamista

É a pessoa física com idade dentro do critério de faixa-etária especificada no Contrato, quando do protocolo da Proposta de Adesão

na Seguradora, que tenha contraído dívida com o Estipulante, habilitada a ser incluída na apólice de seguro.

Quando o Segurado Prestamista for pessoa jurídica, os segurados serão os sócios das empresas constantes do Contrato Social vigente no mês da contratação do seguro, na mesma proporção de sua participação societária.

1.36 Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice, assumindo o risco de indenizar o Beneficiário e/ou Segurado/Prestamista, caso ocorra um dos eventos cobertos pelo seguro.

1.37 Seguro Contributário

O prêmio é pago integralmente pelos Segurados/Prestamistas, não havendo a participação do Estipulante como contribuinte destes prêmios.

1.38 Seguro Não Contributário

O prêmio é pago integralmente pelo Estipulante, não havendo a participação do segurados como contribuinte dos prêmios.

1.39 Seguro Parcialmente Contributário

Seguro onde o prêmio é pago pelos segurados, porém há uma quota de participação do Estipulante, nos percentuais acordados entre as partes.

1.40 Sinistro

É a ocorrência de um evento danoso, que, desde que esteja expressamente previsto no Contrato de Seguro, observadas suas Condições Gerais, particulares e especiais, será indenizado pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.41 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que os Segurado/Prestamista está coberto pelas Garantias deste seguro.

1.42 Vigência do Seguro

É o período estabelecido nas *Condições Particulares*, no qual a apólice de seguro está em vigor.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir a amortização, ou quitação de eventual dívida contraída pelo Segurado/Prestamista, junto ao Estipulante ou aos seus beneficiários, limitado ao valor do Capital Segurado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas Garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

As Garantias dividem-se em Básicas e Adicionais.

3.1 É considerada Garantia Básica, podendo ser contratada isoladamente, independentemente de quaisquer das Garantias Adicionais:

a) Morte Natural e Acidental, observando-se os Riscos Excluídos no Item 4.

3.2 São consideradas Garantias Adicionais:

a) Invalidez Permanente Total por Acidente;

b) Antecipação Especial por Doença;

c) Indenização Especial por Acidente;

d) Diárias de Incapacidade Temporária com ou sem Franquia Reduzida para Acidentes;

e) Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente;

f) Renda por Incapacidade Temporária por Acidente;

g) Perda de Emprego;

h) Inclusão de Cônjuge;

i) Inclusão de Filhos; e;

j) Assistência Funeral.

3.2.1 As Garantias contratadas estarão especificadas no Contrato.

3.2.2 Cada Garantia Adicional estará vinculada às respectivas *Condições Especiais*.

3.3 É obrigatória a contratação da Garantia Básica para que seja possível a contratação de quaisquer das Garantias Adicionais do item 3.2.

3.4 Condições para concessão das Garantias acima:

a) As Garantias Adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado;

b) A indenização pela Garantia Básica e a Adicional de Antecipação Especial por Doença não são cumulativas;

c) Quando contratada quaisquer das Garantias Adicionais de Diárias de Incapacidade Temporária, não poderá ser contratada as Garantias de Renda por Incapacidade Temporária; e,

d) Quando contratada a Garantia Adicional de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de doença ou acidente pessoal, não poderá ser contratada a Garantia de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de acidente pessoal.

3.5 Indenização por Morte Natural e Morte Acidental

Consiste no pagamento do Capital Segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de Adesão, após a morte do Segurado/Prestamista, desde que decorrente de evento coberto ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos da Garantia deste seguro os eventos ocorridos em conseqüência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) de epidemias declaradas ou não;

e) de doação e transplante intervivos; e

f) de suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do seguro.

g) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista abaixo:4

No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexos causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo

cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.

4.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- a) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista abaixo:
 - a.1) No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.
- b) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o disposto na alínea "c" do subitem 1.1.1 - ou entorpecentes; e
- c) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

4.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em conseqüência:

- a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios, desde que não decorrentes da prática de esportes;
- b) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais compreendidas entre elas as conseqüentes da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- c) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas "a" e "b";
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado/Prestamista provier de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio do outrem;
- f) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado/Prestamista, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.
- g) do Segurado/Prestamista dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4 Estão também excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer pagamentos, mesmo em conseqüência de evento coberto, decorrentes de:

- a) danos morais e estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado/Prestamista obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.

Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à

sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.

- b) lucros cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado/Prestamista em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
- c) perdas e danos decorrentes, direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

4.5 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado/Prestamista, conforme disposto no Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

5.1 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Seguro, devidamente preenchida e assinada sob carimbo, pelo Estipulante, for aceita pela Seguradora, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

5.2 É obrigatória a apresentação de Proposta de Adesão para análise e aceitação de inclusão de novos Segurados/Prestamistas, bem como alterações de capitais e inclusão de Garantias Adicionais.

5.3 O Estipulante deverá encaminhar mensalmente o Movimento de Faturas, para atualização dos Segurados/Prestamistas e seus respectivos capitais.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

6.1 Para que haja a aceitação dos Proponentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório de Proposta de Adesão, bem como deverá ser comprovado vínculo com o Estipulante, sempre se observando os limites de idade previstos no Contrato e as boas condições de saúde para ingresso.

6.1.1 Os Proponentes que estiverem afastados na época da contratação deste seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.

6.1.2 A comprovação do vínculo deverá se dar também no caso da ocorrência do eventual sinistro, no momento do aviso.

6.2 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados, da data do recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise da aceitação do risco ou da aceitação da Proposta de Adesão, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

6.2.1 A Seguradora fornecerá ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.3 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do seguro.

6.4 A aceitação do Proponente no seguro será caracterizada pela emissão da apólice, em seu nome, com a indicação das Garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu seguro.

6.5 A não aceitação da Proposta de Adesão, será comunicada obrigatoriamente ao Proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa e dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

6.5.1 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a cobertura será garantida até ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido o período coberto, o prêmio pago à Sociedade Seguradora

6.6 Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da apólice. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do Segurado/Prestamista, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

6.6.1 Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1 Para fins deste seguro, serão oferecidas as seguintes opções de capitais segurados:

7.1.1 Capital Segurado - Valor do Bem

Referido capital será igual ao valor total da dívida inicial, sendo que o valor da dívida relativo ao período a vencer (saldo devedor) será pago ao Estipulante e o valor do período decorrido e já quitado pelo Segurado/Prestamista será pago ao próprio Segurado/Prestamista ou à(s) pessoa(s) física(s) designada(s) como seu(s) Beneficiário(s) na Proposta de Adesão, conforme o caso.

7.1.2. Capital Segurado - Saldo Devedor

Este capital será pago ao Estipulante pelo valor da dívida a vencer na época da ocorrência do evento.

7.2 Para efeito de determinação do Capital Segurado, considera-se como data do sinistro, para a Garantia de morte, a data do falecimento.

7.3 O Capital Segurado máximo individual para este seguro estará determinado no contrato de seguro.

7.4 Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do capital segurado, que se submeterá

novamente às regras de análise e aceitação do risco.

7.4.1 Seja qual for a forma de custeio do seguro (contributário ou não contributário), a alteração do capital segurado dependerá de anuência expressa de Segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo segurado.

8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

8.1 O custeio do seguro pode ser:

- a) Não contributário, em que os Segurados/Prestamistas não pagam prêmio, ou;
- b) Contributário, em que os Segurados/Prestamistas pagam o prêmio total ou parcialmente.

8.2 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo o único responsável, para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

8.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados/Prestamistas, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.

8.3.1 Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado/Prestamista.

8.4 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

8.5 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

8.6 Quando a data limite para pagamento dos prêmios coincidir em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

8.7 Na cobrança do prêmio, mediante fatura, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15 (quinze) dias antes da data do vencimento.

8.7.1 O Estipulante que não tiver recebido a nova fatura até 30 (trinta) dias após o vencimento da última fatura, deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito na conta indicada na fatura ou através de ordem de pagamento tomada na rede bancária, com indicação do número da apólice, em ambas as hipóteses.

8.8 Fica estipulado, que os Segurados/Prestamistas que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a Garantia dos demais riscos contratados.

8.9 O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro será estabelecida no ato da contratação.

9. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

9.1 A vigência do risco individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do primeiro pagamento do prêmio do seguro e desde que considerado aceito o risco pela Seguradora, conforme estabelecido a seguir:

9.1.1. Vigência a partir da data do vencimento da primeira parcela do seguro, independente da data em que o pagamento ocorrer.

9.1.2 A cobertura terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do prêmio de seguro e término às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao vencimento da próxima parcela mensal.

9.2 O Segurado terá uma cobertura mensal, conforme pagamento do prêmio de seguro. O não pagamento do prêmio de seguro acarretará a imediata e automática suspensão dos direitos às coberturas, voltando a vigorar a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da regularização do pagamento do prêmio de seguro, retroativo à data de vigência a que se referir o prêmio pago.

9.3 Quanto houver pagamento de prêmio, o início de vigência será a partir de tal pagamento ou a partir de outro dia posterior se solicitado expressamente ou, ainda, conforme estabelecido no Contrato do seguro.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do seguro será de 01 (um) ano, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos).

10.1.1 A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Estipulante até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

10.1.2 A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, servindo-se o Estipulante de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro, e desde que tal renovação não implique em ônus ou dever para o Segurado/Prestamista ou redução de seus direitos.

10.2 Nos casos de recebimento da Proposta de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

10.2.1 Nos casos de recebimento da Proposta de Adesão sem adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Adesão.

10.3 Este seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP.

10.4 Em cada renovação será emitida uma nova apólice pela Seguradora.

10.5 A renovação deste seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRAVO no valor do prêmio do seguro, sendo que este agravo será o percentual

necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

10.6 A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser feita quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, ou pelo próprio segurado, em se tratando de seguros individuais.

10.6.1 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 $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

11. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

11.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro cessarão a partir do dia subsequente a que se referir o último prêmio pago, ficando o Segurado/Prestamista e seus Beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer Garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

11.2 A cobertura de cada Segurado/Prestamista cessa pela ocorrência do evento coberto e indenizado, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ressaltando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente o cancelamento do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, principalmente se o Segurado/Prestamista, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro ou ainda para obter ou majorar a indenização.

11.3 Respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado/Prestamista cessa, ainda, quando este solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com o prêmio.

12. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

12.1 Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios na data do seu vencimento, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

12.1.1 Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados/Prestamistas, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

12.2 Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, bem como a anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

12.2.1 No caso do subitem supra, a Seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

12.3 O seguro se extingue pela ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente e Antecipação Especial por Doença do Segurado/Prestamista.

12.4 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, extingue-se automaticamente a cobertura do seguro, nas seguintes situações:

- a) no final do prazo de vigência;
- b) com o esgotamento do Capital Segurado, ou seja, com o pagamento integral da indenização;
- c) se este não for renovado; e
- d) quando o Segurado/Prestamista solicitar sua exclusão da apólice.

12.4.1 Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do Contrato de Seguro sem restituição dos prêmios.

12.5 Ficam extintas/canceladas as coberturas de Garantia Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Renda por Incapacidade Temporária (RIT), quando contratadas, a partir da data em que o Segurado/Prestamista estiver inválido permanentemente (total), deixando de ser cobrado, a partir de então, os prêmios relativos a tais coberturas.

12.6 Caso se verifique a impossibilidade de manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos e não havendo acordo entre as partes quanto a reavaliação do prêmio, a apólice será cancelada mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

12.6.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração na natureza dos riscos.

12.7 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado/Prestamista, seus prepostos ou Beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

13.1 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, **cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.**

13.1.1 Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados/Prestamistas ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

14. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

14.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele

comunicado imediatamente pelo Estipulante, no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

14.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro.

14.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus Beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

14.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos básicos abaixo relacionados:

14.5 Em Caso de Morte Natural do Segurado/Prestamista:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante e Médico Assistente do Segurado/Prestamista;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado/Prestamista;
- e) cópia autenticada do contrato de adesão;
- f) Cópia autenticada dos comprovantes do último pagamento efetuado imediatamente anterior à data do evento.
- g) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
- h) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
- i) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- j) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social;
- k) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.5.1 Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) declaração de Únicos Herdeiros;
- b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social; e
- c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência.

OBS: Caso o(a) Segurado(a)/Prestamista tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a)/Prestamista e se essa união perdeu até o falecimento do(a) mesmo(a).

14.6 Em caso de Morte Acidental do Segurado/Prestamista:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado/Prestamista e Certidão de Nascimento;
- e) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
- f) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- g) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
- h) cópia autenticada do contrato de adesão;
- i) cópia autenticada dos comprovantes de pagamento;
- j) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
- k) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
- l) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- m) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no

referido Estatuto/Contrato Social;

n) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

14.6.1 Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) declaração de Únicos Herdeiros;
- b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social; e
- c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência.

OBS: Caso o(a) Segurado(a)/Prestamista tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a)/Prestamista e se essa união perdeu até o falecimento do(a) mesmo(a).

14.7 Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

14.8 O prazo máximo, após a entrega da documentação básica listada nos subitens 15.5 e 15.6, bem como nas Condições Especiais, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

14.9 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

14.9.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

14.10 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante comunicará a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saiba, e tomará as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências.

14.11 Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

15. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

15.1 Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

15.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

15.3 As indenizações por morte natural e acidental serão pagas integralmente, de uma única vez.

15.4 Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação constante nos subitens 15.5 e 15.6, bem como das Condições Especiais das coberturas adicionais contratadas, aplicar-se-á, a partir do 31º (trigésimo primeiro) dia, correção monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação,

16. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

16.1 Fica prejudicado o direito à indenização:

- a) Se o Segurado/Prestamista agravar intencionalmente o risco;
- b) Se o Segurado/Prestamista, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido;
- c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;
- d) Na inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e
- e) Na inobservância da cláusula 18 (Modificações de Risco) por parte do Segurado/Prestamista.

16.2 Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado/Prestamista, a Seguradora poderá:

16.2.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou,
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes;

16.2.2 Na hipótese de ocorrência do 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) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado/Prestamista ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros, mediante acordo entre as partes.

16.2.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

17. MODIFICAÇÕES DE RISCO

17.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

17.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- a) mudança de profissão do Segurado/Prestamista;
- b) mudança de residência do Segurado/Prestamista para outro país.
- c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.
- d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

17.3 O Segurado/Prestamista está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que se silenciou por má-fé.

17.3.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

17.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado/Prestamista, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicarão na perda ao direito da indenização do seguro, uma vez que o Segurado/Prestamista tem o dever de comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

18.1 Em caso de morte, antecipação especial por doença ou invalidez permanente total por acidente do Segurado/Prestamista, o primeiro Beneficiário será sempre o Estipulante, até o limite do valor do saldo devedor da dívida existente na data do sinistro do Segurado/Prestamista.

18.2 Caso haja, saldo remanescente entre a indenização realizada junto ao Estipulante e o valor do Capital Segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado/Prestamista, salientando que nos casos de Antecipação Especial por Doença e Invalidez Permanente Total por Acidente, o próprio Segurado/Prestamista será o Beneficiário.

18.3 Cabe exclusivamente ao Segurado/Prestamista nomear ou substituir seus Beneficiários, exceto o Estipulante, através de documento escrito.

18.4 Se o Segurado/Prestamista não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a Garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do segundo Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

18.4.1 A Seguradora, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

18.5 Na falta de segundo Beneficiário indicado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado/Prestamista, obedecida a ordem de vocação hereditária.

18.5.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem acima, serão segundos Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado/Prestamista os privou dos meios necessários à subsistência.

18.6 É válida a instituição do(a) companheiro(a) como segundo Beneficiário(a), se ao tempo do contrato o Segurado/Prestamista era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

18.7 O Segurado/Prestamista poderá substituir seus segundos Beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

18.8 Nenhuma alteração de segundos Beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado/Prestamista.

19. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Estipulante e o Segurado/Prestamista se obrigam a declarar, no ato da contratação, nos formulários "Proposta de Seguro" e "Proposta de Adesão", respectivamente, ou quando solicitar o aumento do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida.

20. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

20.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

20.2 O disposto no subitem anterior não se aplica às Garantias de Perda de Emprego, Diária por Incapacidade Temporária, Renda por Incapacidade Temporária, quando contratadas, onde a cobertura ficará restrita para eventos ocorridos no Brasil.

21. DO FORO

21.1 As questões judiciais, entre Estipulante, Segurado/Prestamista ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio, do Segurado/Prestamista ou do Beneficiário, conforme o caso.

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

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições deste seguro.

23. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1 O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da apólice:

- a) fornecer para Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecido pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Fornecer ao Segurado/Prestamista sempre que solicitado qualquer informação relativa ao Contrato de Seguro;
- c) Repassar aos Segurados/Prestamistas todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- d) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes aos seguros emitidos para o Segurado/Prestamista;
- e) comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento à ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- f) Dar ciência aos Segurados/Prestamistas dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;
- g) Entregar aos Segurados/Prestamistas os certificados individuais;
- h) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- i) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- j) Informar o nome da Seguradora bem como o percentual na participação do risco em caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propagando do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e,
- k) O pagamento em dia dos prêmios, o fornecimento da documentação para liquidação de sinistro e informar à Seguradora quando da inclusão e/ou exclusão de Segurados/Prestamistas, por meio do formulário de "Movimento de Faturas".

23.2 O Estipulante e o Segurado/Prestamista declaram, no ato do preenchimento e assinatura da Proposta de Seguro e da Proposta de Adesão, respectivamente, que tomaram conhecimento prévio destas Condições Gerais, estando de pleno acordo com as mesmas.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

24.2 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.

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

24.4 Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado/Prestamista.

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

24.6 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA - AED

1. CONCEITO E GARANTIA

1.1 A presente cláusula tem por objetivo garantir a antecipação do pagamento da indenização relativa à Garantia de Morte Natural e Acidental, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente ao Segurado/Prestamista, seu curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas por esta Garantia, observados os riscos excluídos.

1.1.1 Ainda está previsto como evento coberto, o estado de perda de existência independente do Segurado/Prestamista, por motivo de doença, apenas nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo subitem VII abaixo.

1.2 Considera-se o Segurado/Prestamista com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades previstas no item 2 desta Cláusula Adicional.

2. RISCOS COBERTOS

2.1 Estão expressamente cobertas as enfermidades abaixo:

I - Deficiência visual, decorrente de doença:

- a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou,
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

II.a Entende-se por coma o estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente com as medidas de suporte de vida por um período de pelo menos 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

III.a Entende-se por Doenças Terminais como aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, onde o esperado é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do Seguro.

IV.a Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na qualificação de curatelado(a) em definitivo.

V - Insuficiência cardíaca, refrataria ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

V.a - Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI - Doenças Crônicas

VI.a Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são **mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo**, com manifestações clínicas avançadas acometendo órgãos-alvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do Segurado/Prestamista

VII.a Entende-se perda de existência independente do Segurado/Prestamista, aquele que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

- a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
- c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

VIII - A constatação da Antecipação Especial por Doença, conforme definida no subitem 1.1 se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

VIII.a. A concessão desta Garantia não está vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

VIII.b. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice.

VIII.c. Para fins desta cobertura o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, sendo este 100% do capital da cobertura de Morte. Uma vez paga a indenização referente a esta cobertura, o Seguro estará automaticamente cancelado.

IX - Sendo reconhecida a antecipação pela Seguradora, o capital relativo à Garantia Básica deve ser pago de uma só vez, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao próprio Segurado/Prestamista.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos já excluídos nas Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista, estão expressamente excluídos da cobertura do Seguro os acidentes ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra

civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) de epidemias declaradas ou não;

e) de doação e transplante intervivos; e

f) de suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro.

3.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos os eventos decorrentes de:

a) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;

b) Insuficiência cardíaca congênita, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declarada na Proposta de Adesão;

c) Doenças ocupacionais,, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

d) Doenças em geral, cuja etiologia guarde relação direta de causa e efeito com a atividade laborativa exercida pelo Segurado/Prestamista;

e) 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

3.3 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado/Prestamista, conforme disposto no Código Civil.

4. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cláusula, o Capital Segurado será equivalente ao montante previsto para a Garantia Básica (Morte Natural e Acidental) do respectivo Segurado/Prestamista, em vigor na data da ocorrência do evento coberto.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

5.1 Início

A presente cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados/Prestamistas da Apólice, simultaneamente com o início da Garantia Básica (Morte Natural e Acidental), ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cláusula Adicional não integrar as condições iniciais da Apólice.

5.1.1 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cláusula, o início será simultâneo com o da Garantia Básica do respectivo Segurado/Prestamista.

5.2 Término

A presente Cláusula Adicional cessa:

a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional;

b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado/Prestamista da Apólice; e,

c) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula Adicional.

6. TAXA

A taxa cobrada para a Garantia concedida por esta cláusula está indicada no contrato do seguro.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

7.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo Seguro, deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado/Prestamista ou seus Beneficiários, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

7.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro.

7.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado/Prestamista, seu representante ou seus Beneficiários da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

7.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado/Prestamista, comunicando suas condições de saúde e retratando o quadro clínico incapacitante (original);

b) Declaração médica original, indicando a data da Antecipação Especial por Doença, constando ainda informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura;

c) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;

d) Relatório original do Médico Assistente do Segurado/Prestamista indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônomicas do Segurado/Prestamista;

e) Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea anterior;

f) cópia autenticada do contrato de adesão; e,

g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

7.4.1 Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, deverão ser apresentados os que seguem:

a) Declaração de Únicos Herdeiros;

b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social; e,

c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência.

OBS: Caso o(a) Segurado(a)/Prestamista tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a)/Prestamista e se essa união perdeu até o falecimento do(a) mesmo(a).

7.5 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto os descritos no subitem 8.4, alíneas a, b e d f, os quais deverão ser apresentados em via original.

7.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação básica listada nos subitens 8.4 e 8.4.1, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

7.7 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável,

solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

7.7.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

8. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

Esta Cláusula Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 12 e 13 das Condições Gerais da Apólice de Vida Prestamista.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cláusula abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. CONCEITOS

1.1 Equiparam-se aos cônjuges as(os) companheiras(os) dos Segurados/Prestamistas Principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional ou com a Declaração do Imposto de Renda em conformidade com as leis brasileiras sobre a matéria.

1.2 Os Segurados/Prestamistas pertencentes a categoria profissionais para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais podem incluir no Seguro as companheiras, quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

2. GARANTIA

A presente Cláusula garante ao Segurado/Prestamista Principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o Capital Segurado contratado para esta Garantia, no caso de falecimento do cônjuge, mediante pagamento de prêmio adicional. A presente Cláusula garante ao Segurado/Prestamista Principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o Capital Segurado contratado para esta cláusula, no caso de falecimento do cônjuge.

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS/PRESTAMISTAS

3.1 Somente serão aceitos os cônjuges que se encontrarem em condições satisfatórias de saúde, na data de seu ingresso no seguro, mediante preenchimento de Declaração de Saúde constante no Proposta de Adesão.

3.1.1 Se o Segurado/Prestamista Principal, responsável pelas informações prestadas na Declaração de Saúde, as fizer de forma inexata, ou ainda omitir circunstâncias que possa influir na aceitação do risco ou na taxa do prêmio, perderá o direito à Garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

3.2 Não poderão participar desta cláusula o cônjuge e/ou companheiro(a) que já faça parte do mesmo grupo segurável como Segurado/Prestamista Principal.

4. FORMAS DE INCLUSÃO

Há duas formas de inclusão do cônjuge na apólice:

4.1 Automática: estão abrangidos automaticamente todos os cônjuges que se enquadrem na condição descrita no item 1, e;

4.2 Facultativa: poderão participar do Seguro, todos os cônjuges, que se enquadrem na condição descrita no item 1, desde que a inclusão seja solicitada pelo Segurado/Prestamista Principal.

4.3. A forma de participação será expressa no Contrato do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado para a Garantia Básica (Morte Natural ou

Acidental) do cônjuge será limitado à participação ou percentual pago por este nas parcelas da dívida contraída conjuntamente com o Segurado/Prestamista Principal.

5.1.1 Na contratação da referida cláusula, não será admitido que a soma dos Capitais Segurados do Segurado/Prestamista Principal e do Cônjuge seja superior ao valor da dívida contraída junto ao Estipulante.

6. OUTRAS GARANTIAS ADICIONAIS

Além da Garantia básica (Morte Natural e Acidental), será facultada a contratação de outras Garantias adicionais, **exceto a Garantia de Antecipação Especial por Doença.**

7. TAXAS

A taxa cobrada para a Garantia concedida por esta Cláusula está indicada no contrato da apólice.

8. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

8.1 A indenização por morte, eventualmente devida por esta cláusula suplementar será paga preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao Segurado/Prestamista Principal.

8.2 Na hipótese de morte simultânea (comorlência) do Segurado/Prestamista Principal e do Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas do Segurado/Prestamista Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), deverão ser pagos preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, aos herdeiros legais, conforme Ordem de Vocação Hereditária.

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

9.1 Início

A(s) cobertura(s) concedida(s) pela presente Garantia começará(ão) a vigorar na data do início da cobertura do risco individual do Segurado/Prestamista Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente, ou na data da inclusão desta Garantia na apólice.

9.2 A Garantia concedida pela presente Cláusula cessa:

- a)** com o cancelamento do Seguro ou da presente Garantia;
- b)** com a morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença do Segurado/Prestamista Principal;
- c)** com a exclusão do Segurado/Prestamista Principal da apólice;
- d)** no caso de separação judicial, separação de fato ou divórcio;
- e)** a pedido do Segurado/Prestamista Principal, por escrito;
- f)** com o pagamento da indenização da presente Garantia; e,
- g)** com a extinção do Seguro.

10. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições do contrato de Seguro de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. CONCEITO

1.1 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado/Prestamista Principal.

2. GARANTIA

2.1 A presente Cláusula garante ao Segurado/Prestamista Principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o Capital Segurado contratado para esta cláusula, no caso de falecimento do(s) filho(s).

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1 Para fins deste seguro, incluem-se os filhos dos segurados principais do grupo segurado, na forma estabelecida nas Condições Gerais deste Seguro de Vida Prestamista.

3.1.1 A forma de inclusão do(s) filho(s) é automática.

3.2 Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado/Prestamista Principal para efeito desta cláusula.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para a Garantia Básica (Morte Natural ou Acidental) do(s) Filho(s) será limitado à participação ou percentual pago por este nas parcelas da dívida contraída conjuntamente com o Segurado/Prestamista Principal.

4.1.1 Na contratação da referida cláusula, não será admitido que a soma dos Capitais Segurados do Segurado/Prestamista Principal e do(s) Filho(s) seja superior ao valor da dívida contraída junto ao Estipulante.

4.2 Em se tratando de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que deverão ser comprovadas mediante entrega dos comprovantes originais específicos, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, observando que:

- incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado;
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

5. TAXAS

A taxa cobrada para a Garantia concedida por esta Cláusula está indicada no contrato do seguro

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

6.1 A indenização por morte, eventualmente devida por esta cláusula suplementar será paga preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao Segurado/Prestamista Principal.

6.2 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado/Prestamista Principal e do Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas do Segurado/Prestamista Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), deverão ser pagos preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, aos herdeiros legais, conforme Ordem de Vocação Hereditária.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

7.1 Início

A cobertura concedida pela presente Garantia começará a vigorar na data do início da cobertura do risco individual do Segurado/Prestamista Principal, para o(s) filho(s) admitidos no seguro simultaneamente, ou na data da inclusão desta Garantia na Apólice.

7.2 A Garantia concedida pela presente Cláusula cessa:

- a)** com o cancelamento do Seguro ou da presente Garantia;
- b)** com a morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença do Segurado/Prestamista Principal;
- c)** com a exclusão do Segurado/Prestamista Principal da Apólice;
- d)** a pedido do Segurado/Prestamista Principal, por escrito;
- e)** com o cancelamento da cláusula suplementar de filhos; e,
- f)** com o pagamento da indenização da presente Garantia.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições do contrato de Seguro de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. CONCEITOS

1.1 Carência

É o período de 60 (sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração de plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Segurado/Prestamista não terá direito às Garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

1.2 Franquia

É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado/Prestamista, por determinação médica, durante o qual o Segurado/Prestamista não terá direito à percepção das diárias.

1.2.1 Caso seja contratada a opção de franquia reduzida para acidente, o período de franquia será reduzido para 07 (sete) dias, contados a partir da data do afastamento por acidente das atividades profissionais.

1.2.2 A Franquia é dedutível por evento.

1.3 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias a que fará jus, preferencialmente o Estipulante e, havendo saldo remanescente, o Segurado/Prestamista, a contar do 16º (décimo sexto) ou 7º (sétimo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, **limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os itens 6.8, 6.8.1 e 6.8.2 destas Condições Especiais.**

1.3.1 O montante de diárias contratadas será descrito no contrato do seguro.

1.4 Atividade Profissional

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

1.5 Auditoria Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado/Prestamista se submete para fins de comprovação do sinistro.

2. OBJETO

A presente Cláusula tem por objeto a Garantia do pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária ao Segurado/Prestamista que, por motivo de doença ou acidente pessoal, ficar afastado **totalmente de qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação**, por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovado por exames complementares até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Adicional, **observando-se o período de Carência do subitem 1.1 no caso de afastamento decorrente de doença.**

3. GARANTIA DO SEGURO

3.1 Este seguro garante o pagamento das Diárias de Incapacidade Temporária preferencialmente o Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao Segurado/Prestamista que, por motivo de acidente pessoal, ou doença ocorrida após o período de carência, ficar afastado de suas atividades profissionais por um período superior a 15 (quinze) ou 7 (sete) dias, por determinação médica e comprovável por exames complementares, até o limite de diárias estabelecido nesta Cláusula Adicional.

3.2 Esta Garantia é assegurada durante o período de cobertura, salvo condições que determinem seu cancelamento, conforme definido no item 12 das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista.

3.3 O valor da diária (DIT) contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado/Prestamista, a qual deverá ser comprovada no momento da contratação, podendo ser novamente solicitada quando da ocorrência do sinistro. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo Segurado/Prestamista na Proposta de Adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado/Prestamista no que tange à informação constante na Proposta de Adesão, este perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos Riscos Excluídos do item 4 das Condições Gerais do Seguro de vida prestamista, estão expressamente excluídos da Garantia desta Cláusula Adicional os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
- b) gravidez e suas conseqüências;
- c) parto e suas conseqüências;
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências;
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;
- f) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas conseqüências;
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas conseqüências;
- k) hospitalização para check-up;
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;
- n) Síndrome do Pânico;
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da Apólice;
- q) cirurgias para esterilização;
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado/Prestamista de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias, ou 7 (sete) dias se contratada a opção de franquia reduzida;
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

4.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado/Prestamista estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4.3 Também fica EXPRESSAMENTE excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este Seguro cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1 Caso o Segurado/Prestamista esteja afastado e sua Incapacidade Temporária evoluir para uma Invalidez PERMANENTE, total ou parcial, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às Diárias cobertas por este Seguro.

5. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

5.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado/Prestamista logo que este tenha conhecimento do sinistro, conforme artigo 771 do Código Civil.

5.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos básicos:

- a) cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;
- b) relatório médico original onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;
- c) todos os originais os Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho - CAT (cópia autenticada);
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência (cópia autenticada); e
- f) cópia autenticada do contrato de adesão.

5.3 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos básicos mencionados no subitem 5.2, correrão por conta do Segurado/Prestamista ou seu representante.

5.4 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora no subitem 5.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

5.5 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências. Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

5.5.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

6. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

6.1 Com base na comunicação e comprovantes do sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas Condições Especiais, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias conforme abaixo indicado.

6.2 Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela Seguradora, tomando-se por base um relatório médico atualizado que deverá ser entregue pelo Segurado/Prestamista a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.3 Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar os 30 (trinta) dias, a Seguradora, depois de regularizado o sinistro, providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado/Prestamista permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 7º (sétimo) dia** da data do afastamento de suas atividades profissionais, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidas no subitem 1.3 destas Condições Especiais.

6.4 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias a que o Estipulante, preferencialmente, tiver direito e, havendo saldo remanescente, ao Segurado/Prestamista, de acordo com a sua incapacidade temporária, desde que assim justificadas por relatório médico, auditoria médica e, se necessário, exames complementares.

6.5 Em caso de morte do Segurado/Prestamista cessará o direito ao pagamento de diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado/Prestamista permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus Beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

6.6 Nos casos de múltiplas lesões, conseqüentes do mesmo sinistro, a Seguradora reconhecerá a mais grave entre elas, ou seja, aquela que determinar o maior período de incapacidade temporária do Segurado/Prestamista exercer suas atividades profissionais, não havendo acumulação no valor das diárias.

6.7 A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o Segurado/Prestamista, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente firmado pelo médico assistente.

6.8 Não será permitido o acúmulo de diárias caso haja mais de um evento que enseje a incapacidade temporária durante um mesmo período.

6.8.1 Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência somar-se-á as diárias indenizadas em todos eles e a soma desta limitar-se-á ao número de diárias contratadas. Portanto, a soma das diárias indenizadas não poderá exceder as diárias contratadas.

6.8.2 Se o Segurado/Prestamista permanecer afastado das atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da Apólice, essa renovação ocorrendo ou não, terá direito somente à quantidade de Diárias que faltarem para completar o limite contratado, correspondente à vigência anterior, respeitado o exposto no subitem anterior. Caso o afastamento seja decorrente de novo evento, o limite de diárias será o da nova vigência, ou seja, de acordo com o número de diárias contratadas.

6.8.3 Se o evento gerador do sinistro se tratar de acidente, não se aplica a limitação do subitem 6.8.1, visto que haverá reintegração do capital.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 Estando o Segurado/Prestamista em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja em consequência de um outro sinistro. Só será reconhecido pela Seguradora um novo sinistro se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado/Prestamista obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

7.2 Em todos os pedidos de afastamento do Segurado/Prestamista, poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento bem como do número de dias necessários de afastamento.

7.2.1 Caso seja apurado algum tipo de fraude, cometida pelo Segurado/Prestamista, a Seguradora interromperá o pagamento da indenização, considerando nulo o respectivo contrato de seguro, podendo tomar as providências legais para o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e/ou indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

7.3 Os prêmios correspondentes a esta Garantia Adicional sofrerão reajuste sempre que o Segurado/Prestamista passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela especificada no item 9.2.2 das Condições Gerais e disponibilizada ao proponente quando da adesão ao seguro.

8. Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições deste contrato de Seguro de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE - IEA

1. CONCEITO

1.1 Para fins desta cláusula, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado/Prestamista.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- a) Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado/Prestamista ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por Esforços Repetitivos - LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1.

2. GARANTIA

A presente Cláusula tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, aos Beneficiários do Segurado/Prestamista, caso este venha a falecer em consequência de acidente coberto, mediante pagamento de prêmio adicional, dentro dos limites e sob as condições a seguir enumeradas.

3. OUTROS RISCOS COBERTOS

3.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1 estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- g) queda na água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos já excluídos no item 4 das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista, estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado/Prestamista estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.
- c) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro.

4.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- a) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista abaixo:
 - a.1) No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.
- b) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o disposto na alínea "c" do subitem 1.1.1 - ou entorpecentes; e
- c) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

4.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em consequência:

- a) de competições em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado/Prestamista estiver no exercício de prática de esportes;
- b) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes do uso do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- c) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte do Segurado/Prestamista provier de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado/Prestamista, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e,
- f) do Segurado/Prestamista dirigir veículo automotor, ou

qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.4 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado/Prestamista, conforme disposto no Código Civil.

5. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta cláusula, o Capital Segurado será equivalente ao percentual expresso **no contrato de seguro**, aplicável ao capital da Garantia Básica (Morte Natural e Acidental) do respectivo Segurado/Prestamista, em vigor na data da ocorrência do acidente coberto.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

6.1 Início

A presente cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados/Prestamistas da Apólice, simultaneamente com o início da Garantia Básica (Morte Natural e Acidental), ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cláusula Adicional não integrar as condições iniciais da Apólice.

6.1.1 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta cláusula, o início será simultâneo com o da Garantia Básica do respectivo Segurado/Prestamista.

6.2 Término

A presente Cláusula Adicional cessa:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado/Prestamista da Apólice; e,**
- c) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula Adicional.**

7. TAXA

A taxa cobrada para a Garantia concedida por esta cláusula está indicada **no contrato de seguro**.

8. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

8.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro, deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado/Prestamista ou seus Beneficiários, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

8.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro.

8.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado/Prestamista, seu representante ou seus Beneficiários da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

8.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários ou representante e médico assistente do Segurado/Prestamista;**
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;**
- c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado/Prestamista e do(s) Beneficiário(s);**
- d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado/Prestamista;**
- e) Declaração de Únicos Herdeiros;**

- f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social;**
- g) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência;**
- h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;**
- i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;**
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;**
- k) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;**
- l) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributivo, e;**
- m) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.**

8.4.1 Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) Declaração de Únicos Herdeiros;**
- b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social; e,**
- c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência.**

OBS: Caso o(a) Segurado(a)/Prestamista tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a)/Prestamista e se essa união perdeu até o falecimento do(a) mesmo(a).

8.5 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

8.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação básica listada nos subitens 8.4 e 8.4.1 pelo Segurado/Prestamista, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

8.7 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

8.7.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

Esta Cláusula Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 13 das Condições Gerais da Apólice de Seguro de Vida Prestamista.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cláusula abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

11. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE RENDA POR AFASTAMENTO POR DOENÇA OU ACIDENTE

1. GARANTIA

1.1 A presente Cláusula Adicional consiste na Garantia de pagamentos, até o limite de rendas contratadas, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao próprio Segurado/Prestamista, que ficar incapacitado **temporariamente** de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado no contrato de seguro, **somente durante o período de incapacidade temporária do Segurado/Prestamista.**

2. CARÊNCIA

2.1 Haverá uma carência inicial conforme disposto nas condições particulares do seguro, a contar do início de vigência desta cláusula adicional, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção desta garantia.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos no Item 4 das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista, estão expressamente excluídos da Garantia desta Cláusula Adicional os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);**
- b) gravidez e suas conseqüências,**
- c) parto e suas conseqüências;**
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências,**
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- f) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;**
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;**
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades;**
- k) hospitalização para check-up;**
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;**
- n) Síndrome do Pânico;**
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da Apólice;**
- q) cirurgias para esterilização;**
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado/Prestamista de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias;**
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;**
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;**
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-**

laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
z) ceratomia (cirurgia para correção de miopia); e,
aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

3.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado/Prestamista estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

4.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado/Prestamista, ou através de seu representante, logo que este tenha conhecimento do sinistro, conforme o Código Civil, mediante o formulário "Aviso de Sinistro".

4.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;**
- b) relatório médico original, onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;**
- c) todos os originais dos Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;**
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho - CAT (cópia autenticada);**
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência (cópia autenticada);e,**
- f) cópia autenticada do contrato de adesão.**

4.3 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

4.4 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 3.2, correrão por conta do Segurado/Prestamista ou seu representante.

4.5. O prazo máximo, após a entrega da documentação mínima exigida pela Seguradora no subitem 3.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

4.6 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

4.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

5. PAGAMENTO DA RENDA

5.1 Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira renda será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora da documentação completa acima relacionada e, os demais pagamentos, se prevalecer a condição de incapacidade temporária, a cada 30 (trinta) dias do último pagamento, observado o número de rendas contratadas, conforme *condições particulares* do seguro.

5.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período **em meses** que o Segurado/Prestamista permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do Capital Segurado contratado ou quando o Segurado/Prestamista voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro.

5.3 O valor da renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado/Prestamista, a qual deverá ser comprovada no momento da contratação, podendo ser novamente solicitada quando da ocorrência do sinistro. Se a renda contratada for superior ao valor da renda mensal informada pelo Segurado/Prestamista na Proposta de Adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado/Prestamista no que tange à informação constante na Proposta de Adesão, este perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

6. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

6.1 A Garantia dada por esta Cláusula Adicional cessará:

- a) com o cancelamento da Apólice;**
- b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;**
- c) com a ocorrência de circunstâncias que determinem a inexistência ou suspensão da cobertura desta Cláusula Adicional, como a não comprovação do acidente pessoal ou doença;**
- d) com a ocorrência da morte do Segurado/Prestamista, invalidez permanente total por acidente ou antecipação especial por doença, se contratadas; e**
- e) se o Segurado/Prestamista não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.**

7. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A cobertura desta Cláusula Adicional é válida em todo o território nacional brasileiro enquanto o Segurado/Prestamista mantiver residência no Brasil.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1 A indenização garantida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras Garantias asseguradas pela Apólice a que a presente se refere.

8.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE RENDA POR AFASTAMENTO POR ACIDENTE

1. GARANTIA

1.1 A presente Cláusula Adicional consiste na Garantia de pagamentos, até o limite de rendas contratadas, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente, ao próprio Segurado/Prestamista, que ficar incapacitado **temporariamente** de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de acidente pessoal.

1.2 A indenização será concedida em forma de renda mensal, conforme especificado **no contrato de seguro, somente durante o período de incapacidade temporária do Segurado/Prestamista.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos no item 4 das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista, estão expressamente excluídos da Garantia desta Cláusula Adicional os afastamentos decorrentes de:

- a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);**
- b) gravidez e suas conseqüências,**
- c) parto e suas conseqüências;**
- d) abortos provocados ou não e suas conseqüências,**
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- f) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado/Prestamista e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;**
- h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;**
- i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades;**
- k) hospitalização para check-up;**
- l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- m) todas as doenças ou transtornos mentais;**
- n) Síndrome do Pânico;**
- o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;**
- p) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da Apólice;**
- q) cirurgias para esterilização;**
- r) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado/Prestamista de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias;**
- s) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;**
- t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;**
- u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;**
- x) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;**
- y) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;**
- z) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia); e,**

aa) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

2.2 Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado/Prestamista estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

3. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

3.1 A ocorrência do sinistro deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado/Prestamista, ou através de seu representante, logo que este tenha conhecimento do sinistro, conforme o Código Civil, mediante o formulário "Aviso de Sinistro".

3.2 Após a comunicação à Seguradora, deverão ser encaminhadas cópias autenticadas dos seguintes documentos:

- a) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;**
- b) relatório médico original, onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;**
- c) todos os originais dos Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;**
- d) tratando-se de acidente de trabalho, juntar formulário de comprovação de Acidente de Trabalho - CAT (cópia autenticada);**
- e) tratando-se de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente com intervenção de autoridade policial, juntar Boletim de Ocorrência (cópia autenticada); e;**
- f) cópia autenticada do contrato de adesão.**

3.3 Para efeito de prova da incapacidade temporária, a Seguradora, além da auditoria médica, poderá exigir perícia médica.

3.4 Todas as despesas efetuadas para a comprovação da incapacidade, relativas aos documentos mencionados no subitem 3.2, correrão por conta do Segurado/Prestamista ou seu representante.

3.5. O prazo máximo, após a entrega da documentação mínima exigida pela Seguradora no subitem 3.2, para a liquidação do sinistro, será de 30 (trinta) dias.

3.6 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

3.6.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

4. PAGAMENTO DA RENDA

4.1 Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira renda será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora da documentação completa acima relacionada e, os demais pagamentos,

se prevalecer a condição de incapacidade temporária, a cada 30 (trinta) dias do último pagamento, observado o número de rendas contratadas, conforme *Condições Particulares* do seguro.

4.2 O pagamento de cada renda estará condicionado ao período **em meses** que o Segurado/Prestamista permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do Capital Segurado contratado ou quando o Segurado/Prestamista voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro.

4.3 O valor da renda contratada, deverá ser compatível com a renda mensal do Segurado/Prestamista, a qual deverá ser comprovada no momento da contratação, podendo ser novamente solicitada quando da ocorrência do sinistro. Se a renda contratada for superior ao valor da renda mensal informada pelo Segurado/Prestamista na Proposta de Adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado/Prestamista no que tange à informação constante na Proposta de Adesão, este perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

5. CESSAÇÃO DA GARANTIA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA ADICIONAL

5.1 A Garantia dada por esta Cláusula Adicional cessará:

a) com o cancelamento da Apólice;

b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;

c) com a ocorrência de circunstâncias que determinem a inexistência ou suspensão da cobertura desta Cláusula Adicional, como a não comprovação do acidente pessoal;

d) com a ocorrência da morte do Segurado/Prestamista, invalidez permanente total por acidente ou antecipação especial por doença, se contratadas; e

e) se o Segurado/Prestamista não mantiver residência e/ou domicílio no Brasil.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A cobertura desta Cláusula Adicional é válida em todo o território nacional brasileiro enquanto o Segurado/Prestamista mantiver residência no Brasil.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1 A indenização garantida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras Garantias asseguradas pela Apólice a que a presente se refere.

7.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1 Pela presente Garantia Adicional, a Seguradora obriga-se a garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, ou prestação de serviços de Assistência Funeral, na hipótese de ocorrência de Morte do Segurado/Prestamista, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 3 e respeitadas as demais condições contratuais.

1.2 O Serviço de Assistência Funeral será concedido:

- a) no Plano Individual: a todos os Segurados/Prestamistas; e
- b) no Plano Familiar: a todos os Segurados/Prestamistas, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta Garantia prevê a cobertura de Morte do Segurado/Prestamista e/ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral ou prestação de serviços de Assistência Funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido na apólice e constante no certificado.

2.2 O Beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- a) **Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;**
- b) **Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**
- c) **Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública, exceto se o falecimento provier de utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) **Suicídio do Segurado/Prestamista cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro;**
- e) **Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;**
- f) **Pedidos de assistência durante o período de carência;**
- g) **Aquisição de jazigo;**
- h) **A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- i) **Doenças preexistentes à contratação do seguro que já eram de conhecimento do Segurado/Prestamista e que não foram declaradas na Proposta de Adesão;**
- j) **do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes; e,**
- k) **Eventos decorrentes de ato ilícito doloso praticado pelo Segurado/Prestamista, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.**

4. DO REEMBOLSO

4.1 Em caso de falecimento do Segurado/Prestamista, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante

a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e
- b) Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.

4.2 O reembolso será único e limitado ao valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas.

5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

5.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada Inter Partner Assitance S/C Ltda. presta, estes poderão telefonar a cobrar para a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, fornecendo os seguintes dados:

- a) nome do Segurado/Prestamista e nº da apólice correspondente;
- b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/ representantes do Segurado/Prestamista; e
- c) os documentos necessários para comprovar a existência de Contrato de Adesão com o Estipulante e/ou vínculo familiar (se contratada esta opção).

5.2 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

5.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar que este possa prestar os serviços mencionados nesta Condição Especial, inclusive se houver necessidade, através do envio ao Serviço de Assistência de documentos originais, às custas da mesma, para o cumprimento das formalidades necessárias.

6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

6.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigirá-se à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

6.2 Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/cremação desde que dentro do mesmo Município.

6.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

6.4 Locação de Jazigo

Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

6.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

6.6 Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

6.7 Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

6.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado/Prestamista opte por fazer o sepultamento no local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado/Prestamista, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe econômica - ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

6.9 Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

6.10 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado/Prestamista ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

6.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

6.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado/Prestamista resida em município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, a mesma deverá arcar com o traslado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

6.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado/Prestamista durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o

retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o município de domicílio do Segurado/Prestamista.

6.12 Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

6.13 Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

7.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado/Prestamista ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).
b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A Garantia Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado/Prestamista residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais Garantias contratadas pelo Segurado/Prestamista, as quais serão analisadas independentemente.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. CONCEITO

1.1 Para fins desta Garantia, considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total do Segurado/Prestamista.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- Suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado/Prestamista ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- seqüestros e tentativas de seqüestros, dos quais o Segurado/Prestamista seja a vítima;
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

- as doenças (incluindo as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes não cobertos;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetidos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relações de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por Esforços Repetitivos - LER, lesões Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, os similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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 da invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1.

2. GARANTIA

A presente Cláusula tem por objetivo garantir, mediante pagamento de prêmio adicional e dentro dos limites e condições a seguir enumeradas, o pagamento de uma indenização, preferencialmente ao Estipulante e, havendo saldo remanescente ao Segurado/Prestamista, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam, visto que depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, esgota-se o Capital Segurado.

4. RISCOS COBERTOS

4.1 Além dos riscos conceituados nos subitens 1.1 e 1.1.1, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **exceto as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- choque elétrico e raio;
- contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- infecções e estados septicêmicos, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e,
- queda na água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Além dos riscos já excluídos no item 4 das Condições Gerais do Seguro de Vida Prestamista e os conceituados no subitem 1.2 desta Cláusula Adicional, estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes ocorridos em conseqüência:

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos ou operações de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes e de guerra, declarada ou não. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado/Prestamista estiver no exercício da prestação de serviço militar;
- suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro.

5.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos os eventos e/ou acidentes decorrentes de:

- Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico e na hipótese prevista abaixo:
 - No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação do nexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido.
- os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o disposto na alínea "c" do subitem 1.1.1 - ou entorpecentes; e
- quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.

5.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em conseqüência:

- de competições em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado/Prestamista estiver no exercício de prática de esportes;
- direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes do uso do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual;
- de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a invalidez permanente total do Segurado/Prestamista provier de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
e) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado/Prestamista, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e,
f) do Segurado/Prestamista dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

5.4 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado/Prestamista, conforme disposto no Código Civil.

6. CAPITAL SEGURADO

Para fins desta Cláusula, é o capital equivalente ao percentual expresso **no contrato de seguro**, aplicável ao capital da Garantia Básica (Morte Natural e Acidental) do respectivo Segurado/Prestamista, em vigor na data da ocorrência do acidente.

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

7.1 Início

A presente Cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados/Prestamistas da Apólice, simultaneamente com o início da Garantia Básica (Morte Natural e Acidental), ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cláusula Adicional não integrar as condições iniciais da Apólice.

7.1.1 Para as pessoas que vierem a integrar o grupo segurável após o início de vigência desta Cláusula, o início será simultâneo com o da Garantia Básica do respectivo Segurado/Prestamista.

7.2 Término

A presente Cláusula Adicional cessa:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional; e,**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado/Prestamista da Apólice.**
- c) com o pagamento da indenização, tendo em vista que esgota-se o capital segurado.**

8. TAXAS

A taxa cobrada para a Garantia concedida por esta Cláusula está indicada **no contrato de seguro**.

9. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

9.1 Ocorrendo o sinistro coberto pelo seguro deverá ser ele comunicado imediatamente pelo Estipulante, no formulário "AVISO DE SINISTRO", ou em carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora.

9.1.1 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante e/ou Segurado/Prestamista participará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, e tomará as providências para minorar-lhe as conseqüências.

9.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão constar data, hora, local e causa do sinistro.

9.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Estipulante da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

9.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado dos documentos abaixo relacionados:

- a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante e Médico Assistente (original);
- b) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado/Prestamista;
- c) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
- d) atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado (original);
- e) todos os resultados dos exames médicos realizados (original);
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado/Prestamista quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
- g) cópia autenticada do contrato de adesão;
- h) cópia autenticada dos comprovantes de pagamento;
- i) documento oficial informando o valor do bem e saldo devedor (original);
- j) cópia autenticada do cartão do CNPJ do Estipulante;
- k) cópia autenticada do Estatuto/Contrato Social e respectivas alterações;
- l) cópias autenticadas dos CPF's dos administradores constantes no referido Estatuto/Contrato Social; e,
- m) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

9.4.1 Na hipótese de subsistir saldo remanescente, além dos documentos supramencionados, deverão ser apresentados os que seguem:

- a) Declaração de Únicos Herdeiros;
- b) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado/Prestamista na Previdência Social; e,
- c) caso o(s) Beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópias autenticadas da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência.

OBS: Caso o(a) Segurado(a)/Prestamista tenha companheira(o) reconhecida(o) no Órgão Previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo a(o) companheira(o) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a)/Prestamista e se essa união perdeu até o falecimento do(a) mesmo(a).

9.5 Os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto os mencionados no subitem 9.4, alíneas a, d e i, os quais serão apresentados em via original.

9.6 O prazo máximo, após a entrega da documentação básica listada nos subitens 9.4 e 9.4.1, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

9.7 A documentação anteriormente mencionada não é taxativa, podendo a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o evento, sendo que o prazo para liquidação de que trata o item anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

9.7.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) Beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1 Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para a recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total quando da alta médica, a Seguradora pagará ao Estipulante uma indenização e, havendo saldo remanescente, ao Segurado/Prestamista, de acordo com a tabela abaixo e conforme o capital vigente na data do acidente, observado o disposto no item 6, não prevalecendo qualquer aumento do Capital Segurado efetuado posteriormente.

Invalidez Permanente	DISCRIMINAÇÃO	%
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés.....	100
	Alienação mental total incurável.....	100

10.2 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para a Garantia coberta por esta Cláusula.

10.3 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado/Prestamista na contratação do Seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

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

10.5 A constatação da Invalidez Permanente Total por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

10.6 Nos casos de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da Invalidez Permanente, a Seguradora proporá ao Segurado/Prestamista, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

10.6.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado/Prestamista e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado/Prestamista e pela Seguradora.

10.6.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado/Prestamista.

10.7 No caso de menores, o saldo remanescente da indenização por Invalidez Permanente será paga conforme a seguir:

- a) pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos - a indenização será paga em nome do menor, mediante representação de seus pais ou tutores; e,
- b) pessoas de idade a partir de 16 (dezesseis) e inferior a 18 (vinte e um) anos - a indenização será paga ao menor, devidamente assistido por seus pais ou representante.

11. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

Esta Cláusula Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 12 das Condições Gerais deste Seguro de Vida Prestamista.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente Cláusula abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

13. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice de Vida Prestamista.