

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PRESTAMISTA
Processo SUSEP nº 15414.000641/2007-54

1. OBJETIVO DO SEGURO	6
2. DEFINIÇÕES	6
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
5. CONTRATAÇÃO.....	10
6. INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	11
7. CAPITAL SEGURADO.....	12
8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	12
9. REAVALIAÇÃO DE TAXAS E PRÊMIOS.....	14
10. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	14
11. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL.....	14
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	15
13. CARÊNCIA E FRANQUIA.....	15
14. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO	15
15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO	15
16. CANCELAMENTO DO SEGURO	16
17. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	16
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	17
19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
20. BENEFICIÁRIOS	18
21. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	18
22. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	19
23. DO FORO.....	19
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	19
25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19
26. EXCEDENTE TÉCNICO	19
27. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	19

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	20
2. DEFINIÇÕES	20
3. RISCOS COBERTOS	20
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
5. CAPITAL SEGURADO.....	20
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	20
7. BENEFICIÁRIOS	22
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	22
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	22

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	23
2. DEFINIÇÕES	23
3. RISCOS COBERTOS	23
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	23
5. CAPITAL SEGURADO.....	23
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	23
7. BENEFICIÁRIOS	25
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	25
9. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	25

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	26
2. DEFINIÇÕES	26
3. RISCOS COBERTOS	27
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	27
5. CAPITAL SEGURADO.....	27
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	28
7. BENEFICIÁRIOS	29
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	29
9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	29
10. JUNTA MÉDICA.....	29
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29

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

1. OBJETIVO COBERTURA.....	31
2. DEFINIÇÕES	31
3. RISCOS COBERTOS	31
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	32
5. CAPITAL SEGURADO.....	32
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	32
7. BENEFICIÁRIOS	33
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	34
9. CARÊNCIA.....	34
10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	34
11. JUNTA MÉDICA.....	34
12. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	35
2. DEFINIÇÕES	35

3. RISCOS COBERTOS	36
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	37
5. CAPITAL SEGURADO.....	37
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
7. BENEFICIÁRIOS	39
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	39
9. CARÊNCIA.....	39
10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	39
11. JUNTA MÉDICA.....	39
12. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	40
ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD) INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF	41

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	42
2. DEFINIÇÕES	42
3. RISCOS COBERTOS	42
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	42
5. CAPITAL SEGURADO.....	42
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	43
7. BENEFICIÁRIOS	44
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	44
9. CARÊNCIA.....	44
10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	44
11. JUNTA MÉDICA.....	45
12. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	45

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	46
2. DEFINIÇÕES	46
3. RISCOS COBERTOS	46
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	46
5. CAPITAL SEGURADO.....	48
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	48
7. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO	50
8. BENEFICIÁRIOS	51
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO	51
10. LIMITE DE DIÁRIAS	51
11. CARÊNCIA.....	51
12. JUNTA MÉDICA.....	51
13. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	51

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	53
2. DEFINIÇÕES	53
3. RISCOS COBERTOS	53
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	53
5. CAPITAL SEGURADO.....	55
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	55
7. BENEFICIÁRIOS	57
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO	57
9. FRANQUIA.....	57
10. LIMITE DE DIÁRIAS	57
11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	57
12. JUNTA MÉDICA.....	57
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	58

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	59
2. DEFINIÇÕES	59
3. RISCOS COBERTOS	59
4. CARÊNCIA.....	59
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	59
6. CAPITAL SEGURADO.....	61
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	61
8. PAGAMENTO DA RENDA.....	63
9. BENEFICIÁRIOS	63
10. FRANQUIA.....	63
11. CARÊNCIA.....	64
12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	64
13. JUNTA MÉDICA.....	64
14. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	64
15. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	64

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	65
2. DEFINIÇÕES	65
3. RISCOS COBERTOS	65
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
5. FRANQUIA.....	67
6. CARÊNCIA.....	67
7. CAPITAL SEGURADO.....	67

8. PAGAMENTO DA RENDA.....	67
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	68
10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO.....	70
11. JUNTA MÉDICA.....	70
12. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	70
13. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	70

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	71
2. DEFINIÇÕES.....	71
3. RISCOS COBERTOS.....	71
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	71
5. CAPITAL SEGURADO.....	71
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	71
7. BENEFICIÁRIOS.....	73
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	73
9. FRANQUIA.....	73
10. CARÊNCIA.....	73
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	73

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO.....	74
2. DEFINIÇÕES.....	74
3. CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO.....	74
4. APURAÇÃO DO RESULTADO.....	74
5. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	75

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO PRESTAMISTA
Processo SUSEP nº 15414.000641/2007-54**1. OBJETIVO DO SEGURO**

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir a amortização, ou quitação total ou parcial de uma obrigação assumida pelo Segurado, junto ao credor, limitado ao prazo e valor do capital segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos pelas cláusulas contratadas, observado o previsto nas condições gerais, especiais e contratuais da apólice, **exceto eventos decorrentes de riscos excluídos.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **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 ou torne necessário tratamento médico.

2.1.1. 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 ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) sequestros e tentativas de sequestros, dos quais o Segurado seja a vítima;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

2.1.2. **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 consequentes 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização da invalidez por acidente pessoal, definido no item 1.1.**

2.2. **Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.3. **Âmbito Geográfico:** termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.

2.4. **Apólice:** documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da Sociedade Seguradora e o Segurado, discriminando as cláusulas contratadas.

2.5. **Atividade Laborativa Principal:** aquela através da qual o segurado obteve a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

2.6. **Ato Ilícito:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

2.7. **Auditoria Médica:** é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

2.8. **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

2.9. **Beneficiário(s):** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado contratado, na ocorrência de sinistro coberto. No Seguro Prestamista, o primeiro beneficiário é o credor, devendo a diferença entre o valor do compromisso assumido e o capital segurado, quando for o caso, ser paga ao segundo beneficiário, conforme condições item específico nestas condições gerais

2.10. **Capital Segurado:** É o valor máximo a ser paga pela Seguradora para a(s) cláusula(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

2.10.1. No presente seguro, o capital segurado deverá estar diretamente ligado ao valor da dívida assumida pelo segurado Prestamista junto ao Credor.

2.11. **Carência:** É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há carência.

2.12. **Certificado Individual:** É o documento destinado ao Segurado, que indica a vigência do Seguro, a(s) cláusula(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) capital(is) segurado(s) e o prêmio contratado.

2.13. **Coberturas do Seguro:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

2.14. **Comoriência:** Será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-ão simultaneamente mortos.

2.15. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde e atividade.

2.16. **Condições Especiais:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

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

2.18. **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.

2.19. **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.

2.20. **Credor:** aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

2.21. **Curador:** pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

2.22. **Devedor:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

2.23. **Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Adesão.

2.24. **Dolo:** má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.

2.25. **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.

2.26. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, se vincule através de contrato, ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor, podendo assumir o papel de credor ou devedor nas operações de seguro prestamista.

2.27. **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.

2.28. **Excedente técnico:** saldo obtido na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.

2.29. **Franquia:** é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

2.30. **Final de Vigência:** data final para ocorrência de riscos previstos em uma apólice de seguro. O final de vigência do seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.

2.31. **Foro:** no contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.

2.32. **Grupo Segurado:** É o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

- 2.33. **Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.34. **Indenização:** Valor que a Seguradora deverá pagar ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e dentro dos limites contratados.
- 2.35. **Índice de Aceitação e Manutenção:** É a relação entre o número de Segurados e o número de participantes do grupo segurável a qual deverá ser obedecida pelo Estipulante para a aceitação e manutenção do seguro.
- 2.35.1. Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão no Contrato da Apólice.
- 2.36. **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.
- 2.37. **Liquidação de Sinistro:** pagamento da Indenização (ou reembolso) relativo a um Sinistro.
- 2.38. **Má-Fé:** agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.
- 2.39. **Médico Assistente:** **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.
- 2.40. **Movimento de Faturas:** É o documento pelo qual o Estipulante informa à Seguradora as movimentações dos Segurados (inclusões e cancelamentos) e alterações de capitais segurados durante o decorrer do período de vigência.
- 2.40.1. **Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.**
- 2.41. **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.
- 2.42. **NYHA:** tabela funcional da *New York Heart Association* que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.
- 2.43. **Obrigação:** produto, serviço ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre o credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- 2.44. **Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico designado pela Seguradora a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.
- 2.45. **Período de cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 2.46. **Prazo de carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 2.47. **Prêmio:** é a importância paga pelo Segurado ou Estipulante à Seguradora para garantir o Risco contratado, desde que coberto.
- 2.48. **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.
- 2.49. **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação ou Proposta de Adesão na Seguradora.
- 2.50. **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.
- 2.51. **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.52. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados num período considerado, os custos decorrentes dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.
- 2.53. **Renda:** é a série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.
- 2.54. **Riscos a Decorrer:** são aqueles em que o prêmio do seguro é pago, total ou parcialmente, antecipadamente ao risco objeto do contrato.
- 2.55. **Riscos Decorridos:** são aqueles em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo que a garantia é prestada de modo antecipado pela seguradora.

- 2.56. **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.57. **Segurado:** 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.
- 2.57.1. 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.
- 2.58. **Seguradora** empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 2.59. **Seguro Prestamista:** O seguro prestamista tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado.
- 2.60. **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença ou acidente.
- 2.61. **Seguro Contributário:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 2.62. **Seguro Não Contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 2.63. **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.
- 2.64. **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.65. **Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 2.66. **Vigência do Seguro:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. As coberturas do seguro podem ser contratadas isoladamente respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora.
- 3.2. O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais.
- 3.3. As coberturas passíveis de contratação são:
- Cobertura de Morte (M)
 - Cobertura de Morte Acidental (MA)
 - Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
 - Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED);
 - Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)
 - Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD)
 - Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária (DIT)
 - Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA);
 - Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
 - Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA);
 - Cobertura de Perda de Emprego;
- 3.3.1. **As coberturas de Morte e Morte Acidental não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.3.2. **As coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.3.3. **As coberturas de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT) e Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RITA) não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.3.4. **As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.3.5. **Quando contratada quaisquer coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária, não poderão ser contratadas as coberturas de Renda por Incapacidade Temporária.**
- 3.4 **Cláusula Suplementar:** este seguro pode contemplar, opcionalmente, a seguinte cláusula suplementar, que serão especificadas em condições contratuais, **se contratadas:**
- Reversão de Excedente Técnico

3.5 Estão amparados pelo seguro, somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante, observadas as condições contratuais.

3.6 O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar.

3.7 As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação e no contrato.

3.8 Em caso de constatação de morte seja indeterminada ou desconhecida, enquadra-se na cobertura de Morte, observadas as condições da garantia.

3.9 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
b) 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) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) Epidemias declaradas por órgão competente;

e) Doação e transplante intervivos; e

f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses da vigência inicial do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;

g) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, sócios controladores, dirigentes e administradores do estipulante, pessoa jurídica, ou pelos respectivos representantes; e

i) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença e as hérnias incisionais, exceto após tratamento cirúrgico.

4.2. Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências, decorrentes de acidente pessoal:

a) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;

a.1) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

b) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio do outrem;

d) Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

4.3. Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

5. CONTRATAÇÃO

5.1. Considera-se contratado o seguro quando a proposta de contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da aceitação de risco, devidamente preenchida e assinada pelo proponente, for aceita pela Porto Seguro, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

- 5.1.1. A Seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 5.1.2. A celebração do contrato de seguro e sua(s) alteração(ões) somente poderão ser feitas mediante recebimento por parte da seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, através de seu corretor de seguro.
- 5.2. A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura (ou coberturas), além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.
- 5.3. A proposta de contratação conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.
- 5.4. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 5.5. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 5.5.1. No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega de toda a documentação solicitada.
- 5.5.2. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.
- 5.6. Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.
- 5.7. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 5.8. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 5.5, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 5.9. A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.
- 5.10. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante no prazo de 15 (quinze) dias.
- 5.11. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

6. INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 6.1. O seguro prestamista poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas. No caso de pessoas jurídicas, a empresa aderente deverá ser representada, para todos os atos contratuais, por intermédio dos sócios/diretores constantes no seu contrato social, por meio de preenchimento de proposta de adesão.
- 6.2. A adesão à apólice do seguro pelos proponentes será efetivada por meio de preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros.
- 6.2.1. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes, indicando o percentual da participação de cada proponente.
- 6.2.2. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 6.3. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 6.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 6.4.1. No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega de toda a documentação.
- 6.4.2. A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

- 6.5. Em caso de não aceitação da proposta de adesão, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.
- 6.6. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item “Atualização dos Valores do Seguro”, a partir da data da formalização da recusa. Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.
- 6.7. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 6.4, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 6.8. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela seguradora da respectiva proposta de adesão e consequente adesão ao contrato.
- 6.9. A proposta de adesão conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.
- 6.10. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual aos segurados, para confirmação da adesão, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.
- 6.11. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O **capital segurado vinculado** é a modalidade em que o capital contratado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização.
- 7.2. No caso de segurado pessoa jurídica, a repartição do capital segurado considerará as proporções das representatividades dos sócios/diretores constantes no contrato social da empresa.
- 7.3. Casos em que haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, em caso de sinistro coberto, o valor da indenização respeitará o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.
- 7.3.1. Caso o pagamento referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 7.4. A data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado, será estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada

8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 8.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
- 8.1.1. **Não contributivo:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 8.1.2. **Contributivo:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 8.2. O pagamento do prêmio à Seguradora será feito pelo estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente.
- 8.2.1. **É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.**
- 8.2.2. **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.**
- 8.2.3. **É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**
- 8.3. A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no contrato do seguro, podendo ser único, mensal, trimestral, semestral ou anual.
- 8.4. O pagamento do prêmio será feito à seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.
- 8.5. A data limite para o pagamento do prêmio estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.
- 8.6. 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.

8.6.1. 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.

8.6.2. Fica estipulado, que os Segurados 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.

8.7. Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

8.7.1. **Em caso de periodicidade mensal, o não pagamento do prêmio até a data limite estabelecida acarretará na suspensão imediata do seguro, havendo tolerância de até 90 (noventa) dias a partir dessa data para regularização do pagamento.**

8.7.2. **O estipulante em mora será notificado para pagamento do prêmio em atraso, sendo ainda cientificado de que o não pagamento em 90 (noventa) dias, a contar de seu vencimento, cancelará automaticamente o seguro, sem prejuízo da cobrança, pela seguradora, dos prêmios vencidos e não pagos.**

8.7.3. **Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 6% ao ano e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores previsto no item “Atualização dos Valores do Seguro”, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.**

8.7.4. No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

8.8. O não pagamento do prêmio à vista, nos seguros de pagamento único, ou periodicidade trimestral, semestral e anual, ou o não pagamento da 1ª (primeira) parcela, nos casos de seguros com fracionamento de prêmio, na data indicada no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático da apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

8.9. Nos seguros com prêmio fracionado, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

8.10. Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

8.10.1. **A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 8.8.**

8.10.2. **Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 8.8, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.**

8.10.3. **Findo o novo prazo de vigência da cobertura, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.**

8.10.4. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato.

9. REAVALIAÇÃO DE TAXAS E PRÊMIOS

9.1. Fica reservado à seguradora o direito de recalculer o prêmio no final da vigência, salvo prazo menor estipulado nas condições contratuais, deste contrato de seguro, caso venha a ocorrer à necessidade de reenquadramento das taxas visando o equilíbrio atuarial deste plano.

9.2. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do estipulante e dos segurados, a taxa reajustada será aplicada a partir da renovação da próxima vigência da apólice, salvo prazo menor estipulado no contrato de seguro, conforme condições contratuais, desde que comunicado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.

9.3. Qualquer alteração de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

10.1. Não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente. O prêmio será recalculado na mesma proporção em que houver alteração do capital segurado contratado.

10.1.1. O capital segurado contratado é vinculado, ou seja, será necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização.

10.2. Para fins de atualização de pagamentos ou devoluções de prêmios, os valores serão atualizados pela variação positiva do IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial.

10.2.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

10.2.2. Caso cobranças adicionais ou inclusão de outros índices para cálculo do valor atualizado, estarão descritos na cláusula aplicável.

11. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

11.1. O início de vigência do certificado individual será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.

11.2. O início de vigência do certificado individual será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

11.3. A vigência da cobertura individual tem seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim no certificado individual.

11.4. O final de vigência especificado no certificado individual não ultrapassará, em qualquer hipótese, o final do prazo acordado para o pagamento da obrigação assumida entre o segurado e o credor, e no máximo até o final de vigência da apólice.

11.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

11.6. Caso o prazo acordado para o pagamento da obrigação seja alterado, a seguradora deve ser formalmente comunicada e:

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

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

11.7. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro será automaticamente cancelado, devendo a seguradora

ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

12.2. A vigência da apólice e dos endossos terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes.

12.2.1. A data de início de vigência do seguro será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.

12.2.2. A data de início de vigência do seguro será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

12.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

12.4. 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.

12.5. 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.

12.6. Uma vez renovada automaticamente a apólice, as demais renovações devem ser feitas de forma expressa, segurado, desde que não haja desistência da seguradora até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.

12.7. Na renovação, qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

13. CARÊNCIA E FRANQUIA

13.1. Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do capital segurado.

13.2. As carências e franquias deverão ser fixadas no contrato do seguro, apólice e certificado individual.

13.3. Se houver prazo de carência fixado, este não poderá exceder à metade do prazo de vigência do contrato.

13.4. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de inclusão do segurado no seguro. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada.

14. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

14.1. Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se 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.**

14.1.1. **Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**

14.1.2. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

15.1. **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 e seus**

Beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer Garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

15.2. Também, a cobertura de cada segurado cessará caso o contrato de seguro seja cancelado durante a sua vigência por acordo entre as partes.

15.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:

a) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, ou, nos seguros contratados por pessoas jurídicas, de os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, quando dar-se-á automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade;

b) Com a morte do segurado;

c) Com a caracterização de sinistro nas coberturas que preveem o cancelamento da apólice após sinistro;

d) Com o fim do vínculo entre o segurado principal e o estipulante (término da obrigação);

e) Com o agravamento intencional do risco;

f) Quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou

g) Quando o prêmio não for pago conforme convenção.

h) No final de vigência da apólice, se esta não for renovada

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. Na forma de custeio mensal do seguro, decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite estabelecida no item 8.5, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro será cancelado, sem restituição de prêmios anteriores já pagos, e sem prejuízo à cobrança de prêmios vencidos, relativos a períodos em que houve a cobertura.

16.1.1. No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência, independente de parcelas posteriores pagas.

16.2. Na forma de custeio do seguro com periodicidade superior a um mês (trimestral, semestral ou anual), findo o prazo de pagamento, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

16.2.1. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto especificada no item 8.9 não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, em caso de perduração da inadimplência, também dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

16.3. Ainda, por mútuo consentimento, o seguro será cancelado mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias e devendo haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16.5. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 8.9.

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

17. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

17.1. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada, inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura, respeitados, inclusive, os riscos excluídos.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1. Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

18.2. Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas.

18.3. O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos relacionados.

18.4. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso o prazo previsto de 30 dias ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e, sua a contagem voltará a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

18.5. Após o prazo previsto no item 17.3, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 6% ao ano, a partir do último dia previsto para o pagamento.

18.5.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

18.6. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18.7. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única ou de renda, conforme definido nas condições especiais de cada cobertura e nas condições contratuais.

18.7.1. Para os capitais segurados pagos sob forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

18.8. Em caso de sinistro ocorrido com segurado pessoa jurídica, a quitação do saldo devedor junto a empresa estipulante pela Seguradora obedecerá a proporcionalidade prevista no item “Capital Segurado”.

18.9. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.10. Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

18.11. Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

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

19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1. A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja:

a) Se o Segurado agravar intencionalmente o risco;

b) Se o Segurado, 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) Prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou do outro;

d) Dolo, simulação ou prática de fraude por parte do Estipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

d.1) Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.

e) Na inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e

19.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere à letra “b” do item acima não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

19.2.1. 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;

19.2.2. 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 ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros, mediante acordo entre as partes.

19.2.3. 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.

19.3. O estipulante e/ou segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.4. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.5. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

19.6. A não comunicação de circunstâncias que caracterizam o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do capital segurado contratado, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil que dispõe sobre o dever de o segurado comunicar à seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de sinistro do segurado devidamente coberto.

20.1.1. O primeiro beneficiário é o próprio credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado. Caso haja diferença entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) ao próprio Segurado ou ao segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado ou a seus herdeiros legais.

20.2. Se o Segurado não renunciar à faculdade de designar seus beneficiários para o recebimento do saldo remanescente, poderá, a qualquer tempo, alterar seus beneficiários, mediante comunicação expressa à seguradora.

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

20.3. Na falta de indicação expressa de beneficiário do saldo remanescente, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

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

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

21. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

21.1. O Estipulante e o Segurado 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.

22. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

22.1. O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

23. DO FORO

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

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

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. **O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da apólice:**

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecido pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao Contrato de Seguro;
- c) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;
- d) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referente(s) ao(s) seguro(s) emitido(s) para o segurado.
- 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 dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;
- g) Entregar aos Segurados os certificados individuais;
- h) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- i) Fornecer à SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;
- j) Informar a razão social e se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio estipulante.
- 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, por meio do formulário de “Movimento de Faturas”.

25.2. **O Estipulante e o Segurado 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.**

26. EXCEDENTE TÉCNICO

26.1. O Contrato firmado entre a seguradora e o estipulante poderá estabelecer a reversão de excedente técnico, conforme critérios previstos na Cláusula Suplementar de Reversão de Excedente Técnico, que será anexada a estas Condições Gerais, se adotada.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 27.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 27.2. **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.**
- 27.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 27.4. **Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.**
- 27.5. O Segurado 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.
- 27.6. Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.
- 27.7. Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.
- 27.8. **Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.**
- 27.9. **O segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.**

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item “2. Definições” das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se risco coberto a ocorrência de morte do segurado, seja natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

6.1.1. Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado (cópia autenticada);

- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
 - d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
 - e) Última alteração do contrato social, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
 - f) Declaração de únicos herdeiros com assinatura reconhecida em cartório dos declarantes (original);
 - g) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito (cópia simples);
 - h) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);
 - i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
 - I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - II – no caso de pessoas jurídicas:
 - a) a denominação ou razão social;
 - b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
 - c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
 - d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
 - e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);
 - i) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).
- 6.1.2. Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 6.1.1, excetuando o documento citado na alínea “g”:
- a) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir) (cópia simples);
 - b) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
 - c) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);

- d) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- e) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado (cópia simples);
- f) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- h) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples).

6.2. Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) (cópia simples);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

6.2.1. Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado extraída após o óbito do segurado, atualizada com as averbações.

6.2.2. Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Escritura Pública de Convivência Marital, ou Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

6.2.3. Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Certidão de Nascimento para filhos menores de 16 (dezesesseis) anos e toda a documentação citada do representante legal do menor. Caso não o representante não sejam os pais, enviar termo de guarda definitivo (cópia simples);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho com idade a partir de 16 (dezesesseis) anos (cópia simples).

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de morte do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, em consequência exclusiva de acidente pessoal devidamente coberto, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item “2. Definições” das Condições Gerais:

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Considera-se risco coberto a ocorrência de morte acidental do segurado, exclusivamente, causada por acidente pessoal coberto pelo seguro, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3. Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- e) Última alteração do contrato social, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- f) Declaração de únicos herdeiros (original);
- g) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir) (cópia simples);
- h) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- i) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- j) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- k) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado (cópia simples);
- l) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- m) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- n) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples);

o) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);

p) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência, se for o caso (cópia simples);

i) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

6.2. Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:

a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) (cópia simples);

b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);

c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);

d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

6.2.1. Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

6.2.2. Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Escritura Pública de Convivência Marital ou Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

6.2.3. Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Certidão de Nascimento para filhos menores de 16 (dezesseis) anos e toda a documentação citada do representante legal do menor. Caso não o representante não sejam os pais, enviar termo de guarda definitivo (cópia simples);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho com idade a partir de 16 (dezesseis) anos (cópia simples).

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de morte acidental do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado ou a seus herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Após o pagamento de indenização por morte acidental, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

9.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, caso este venha a tornar-se totalmente inválido, em caráter permanente, em virtude de lesão física insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item “2. Definições” das Condições Gerais:

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

2.1.1.1. Incluem-se nesse conceito:

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

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

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1 das condições gerais do seguro.**

2.2. Estão expressamente cobertas, ainda as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento 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.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente total quando da alta médica definitiva do segurado.

3.2. A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal acidental.

3.3. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

3.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.5. Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total por acidente:

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

3.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, não havendo acúmulo.

3.7. A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Permanente **Total** por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3. 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.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de Invalidez Permanente **Total** por Acidente (IPTA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- f) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- h) Resultado de todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- i) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado (cópia simples);
- j) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);
- k) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
 - I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - II – no caso de pessoas jurídicas:
 - a) a denominação ou razão social;
 - b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
 - c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
 - d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
- f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);
- i) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de invalidez permanente total por acidente do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao próprio segurado.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e **Total** por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

10. JUNTA MÉDICA

10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

10.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA - AED**1. OBJETIVO COBERTURA**

1.1. A Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado para esta cobertura, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. **Para efeito desta Condição Especial, consideram-se riscos cobertos, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:**

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 60°; ou,
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

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

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.

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.

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.

b) 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

c) 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

d) 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.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- a.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
- a.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2. **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.

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

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

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.

3.3. 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.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da Cobertura de Antecipação Especial por Doença quaisquer doenças não previstas nesta cobertura e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Antecipação Especial por Doença (AED), conforme as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença, cuja data deverá constar em declaração médica.

5.3. O pagamento do capital será feito em parcela única.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

6.1. Para a Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);

c) Relatório original do Médico Assistente do Segurado 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 autonômicas do Segurado (original);

d) 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;

e) 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;

f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);

g) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);

h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza

do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Termo de curatela (cópia simples);

i) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);

j) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

6.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

6.3. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

6.4. A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A Cobertura de Antecipação Especial por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, por esta cobertura, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

9. CARÊNCIA

9.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

9.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de antecipação especial por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11. JUNTA MÉDICA

11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado da cobertura, caso o segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1. **Agravo Mórbito:** piora de uma doença.

2.1.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental grave e persistente, no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho e a vida civil

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

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

2.1.5. **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

2.1.6. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.1.7. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

2.1.8. **Dados Antropométricos:** peso e altura do indivíduo.

2.1.9. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.1.10. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.11. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.1.12. **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.1.13. **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.14. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.15. **Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.16. **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

2.1.17. **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.18. **Médico Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

2.1.22. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.23. **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.1.24. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.

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

2.1.26. **Transferência Corporal:** capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item “Liquidação de Sinistros” destas Condições Especiais.

3.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes **exclusivamente de doenças:**

3.2.1. **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 60°; ou
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

3.2.2. **Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas:**

- 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 96h (noventa e seis horas) e resultando em déficits neurológicos permanentes.

3.2.3. **Doenças Terminais:**

- a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma das medidas terapêuticas conhecidas e aplicadas, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, cuja consequência esperada é o óbito.

3.2.4. **Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro:**

- 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, comprometendo gravemente os juízos de valor e realidade, destruindo a autodeterminação do pragmatismo e tornando o indivíduo total e permanentemente inválido para qualquer trabalho e a vida civil.

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

- 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, obstrutiva restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz à atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada por exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

3.2.6. **Doenças Crônicas:**

- 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, em caráter progressivo, bem como, 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.

3.2.7. **Perda de existência independente do Segurado:**

3.2.7.1. Entende-se por perda de existência independente do Segurado, aquele(a) 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.

3.2.8. **Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares:**

- a) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo.

3.2.9. Doenças do aparelho locomotor:

a) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.

3.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1. O IAIF é composto por dois documentos:

a) O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

- O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

- Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

- Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.4. A constatação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conforme definida no subitem 1.1, será feita por declaração médica, subscrita por profissional habilitado na especialização da doença, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

3.5. A concessão desta cobertura não está vinculada a aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

c) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Uma vez pago o Capital Segurado referente a esta cobertura, o seguro do Segurado Principal estará automaticamente cancelado.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.

5.4. Caracterizado o sinistro, o capital segurado será pago em uma única parcela.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico 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 autônômicas do segurado (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- f) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);
- g) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
 - I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - II – no caso de pessoas jurídicas:
 - a) a denominação ou razão social;
 - b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
 - c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
 - d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
 - e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - h) Termo de curatela (cópia simples);
 - i) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);
 - j) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

6.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

6.3. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

6.4. A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8.2. Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

9. CARÊNCIA

9.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

9.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11. JUNTA MÉDICA

11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

11.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do

membro nomeado pelo segurado.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; anda livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau: O segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do segurado com a vida	1º grau: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diário, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diária.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve reaparecimento de doença algum tempo depois de um acometimento, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PROFISSIONAL (ILPD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do capital segurado da cobertura, nos casos em que for comprovada, através de declaração médica e exames complementares, em caso de sua invalidez laborativa permanente e total decorrente de doença profissional do segurado contraída no exercício da atividade profissional, e que seja reconhecida pelo órgão previdenciário – Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

1.2. Não podem figurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença profissional, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por doença profissional aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

3.1.1. A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença, que acarretou a sua invalidez.

3.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.2.1. Paciente em fase terminal é o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação, e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses da data do diagnóstico, atestada por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia e acompanhada dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

3.3. A constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por doença profissional, será feita por declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na especialização da doença

3.3.1. Estão expressamente cobertas as doenças relacionadas com o trabalho, conforme listagem oficial instituída pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999.

3.4. Além da comprovação médica, se faz necessário a comprovação da aposentadoria do segurado perante o órgão previdenciário, que referida aposentadoria seja ocasionada por doença profissional que o impeça de desempenhar sua atividade laborativa, que a data do início da moléstia e seu diagnóstico seja posterior à data do início de vigência da cobertura e que o segurado seja contribuinte do Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, consideram-se também como riscos excluídos:

a) **Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal.**

b) **Quaisquer doenças não relacionadas ao trabalho.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima

a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional, conforme definido nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional (ILPD), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do início da doença, qualificado pela data em que iniciaram os sintomas, que levaram ao diagnóstico 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 autônômicas do segurado (original);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior (cópia simples);
- e) Comprovante de concessão de aposentadoria pelo órgão previdenciário Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS) (cópia simples);
- f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- g) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);
- h) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;

I – no caso de pessoas físicas:

- a) nome completo;
- b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
- c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
- f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
- g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
- c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
- d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
- e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os

agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Termo de curatela (cópia simples);

i) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);

j) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

6.2. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

6.3. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

6.4. A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

6.5. Reconhecida a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

7.2. Caso haja saldo remanescente entre a indenização realizada ao credor e o valor do capital segurado, este valor será pago ao(s) segundo(s) beneficiário(s), indicado(s) pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença Profissional não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

8.1.1. Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença profissional, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

9. CARÊNCIA

9.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

9.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa permanente e total por doença profissional são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11. JUNTA MÉDICA

11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária (DIT):

2.1.1. **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 não terá direito às Garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

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

2.1.2.1. **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.**

2.1.2.2. **A Franquia é dedutível por evento.**

2.1.3. **Limite de Diárias:** É a quantidade máxima de diárias a que fará jus, preferencialmente o Estipulante e, havendo saldo remanescente, o Segurado, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais.

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

2.1.4. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.5. **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2. **Terão direito a esta cobertura o Segurado profissional com vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).**

3.3. **O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da diária contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:**

a) **lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e as incidências associadas, serão as doenças consideradas pelo Ministério do Trabalho em lista específica sobre o tema, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome**

Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

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

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

f) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;

g) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

h) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

i) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

j) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;

k) Síndrome do Pânico;

l) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, incluídos os distúrbios do sono;

m) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da Apólice;

n) cirurgias para esterilização;

o) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas.

p) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;

q) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

r) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose e outras artroses e artropatias;

s) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;

t) 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;

u) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

v) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

w) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Exames pré-

operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, 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 constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

x) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença

y) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente qualquer 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 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. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2. O capital segurado desta cobertura será vinculado ao valor da dívida, o valor da diária será calculado considerando o valor da parcela dividido por 30, limitado a quantidade de parcelas prevista em contrato. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.4. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

b) cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópia simples);

c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);

d) relatório médico original onde deverá constar a data do sinistro, diagnóstico e tratamento realizado;

e) todos os originais dos Exames Complementares realizados, com os respectivos laudos médicos;

f) tratando-se de acidente de trabalho, formulário de comprovação de Acidente de Trabalho – CAT (cópia simples);

g) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);

h) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

i) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);

j) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);

k) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);

l) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);

m) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

6.1.1. 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.

6.2. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente que caracterizem as lesões traumáticas agudas decorrente do evento.

6.3. Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação do nexocausal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

6.4. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

6.5. Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

6.6. Em caso de morte e caracterização de incapacidade permanente do segurado cessará o direito ao pagamento das diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil

Brasileiro.

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, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

6.8. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

6.9. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.

6.10. Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária enquanto o segurado estiver recebendo valores decorrentes de um determinado evento. A vedação refere-se inclusive caso outros sinistros ocorram durante o período em que o segurado estiver recebendo valores previstos por esta cobertura. Para que a seguradora reconheça um novo fato gerador, o segurado deverá ter obtido alta médica relativa ao sinistro anterior. Em situações de sinistros simultâneos, a indenização considerará aquele que resulte no maior período de afastamento.

6.11. Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

6.11.1. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, 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. PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

7.1. 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.

7.2. 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 a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

7.3. 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 permaneceu afastado, **a contar do 16º (décimo sexto) ou do 8º (oitavo) 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.

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

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

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

7.7. 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.

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

7.8.1. 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.

7.8.2. Se o Segurado 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.

7.8.3. 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.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, de acordo com a parcela mensal da dívida ou compromisso assumido, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.

11. CARÊNCIA

11.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

11.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

12. JUNTA MÉDICA

12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

12.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

13. DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Estando o Segurado 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 obter alta médica definitiva do sinistro anterior. Não haverá acumulação de indenizações em consequência de sinistros ocorridos em datas diferentes.

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

13.2.1. Caso seja apurado algum tipo de fraude, cometida pelo Segurado, 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.

13.3. Os prêmios correspondentes a esta cobertura sofrerão reajuste sempre que o Segurado 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.

13.4. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente):

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

2.1.1.1. 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 das atividades profissionais por acidente.

2.1.2. **Limite de Diárias:** É a quantidade máxima de diárias a que o Segurado terá direito, a contar do 16º (décimo sexto) ou 8º (oitavo) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais, limitada a 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, observados os dispostos destas condições especiais.

2.1.2.1. O montante de diárias contratadas será descrito nas Condições Contratuais.

2.1.3. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4. **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2. **Terão direito a esta cobertura o Segurado profissional com vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).**

3.3. **O valor da diária contratada deverá ser compatível com a renda mensal do segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a diária contratada for superior a 1/30 (um trinta avos) da renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da diária contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente:**

a) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, serão as doenças consideradas pelo Ministério do Trabalho em lista específica sobre o tema, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional;

Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondropatias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

b) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

d) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

f) Hospitalização para check-up;

g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de medicina e Farmácia;

h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;

i) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;

j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

k) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;

l) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

m) Síndrome do pânico;

n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, incluídos os distúrbios do sono;

o) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;

p) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

q) Luxações recidivantes (ocorridas/acometidas mais de uma vez) de qualquer articulação;

r) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;

s) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;

t) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros degenerativos;

u) 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;

v) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

w) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

x) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Exames pré-operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, 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 constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

y) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

z) Anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente qualquer 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 garante apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o segurado 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. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

5.2. O capital segurado desta cobertura será vinculado ao valor da dívida, o valor da diária será calculado considerando o valor da parcela dividido por 30, limitado a quantidade de parcelas prevista em contrato. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

5.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

5.4. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Decorrente de Acidente (DIT-Acidente), os documentos básicos necessários são:

a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);

b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);

c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);

d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);

e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir) (cópia simples);

f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);

g) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);

h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);

i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);

j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);

k) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);

l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza

do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

6.2 No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente que caracterizem as lesões traumáticas agudas decorrente do evento.

6.3. Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

6.4. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

6.5. Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

6.6. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

6.7. Em caso de morte e caracterização de incapacidade permanente do segurado cessará o direito ao pagamento das diárias, sendo que as diárias relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

6.8. A cessação do pagamento das diárias ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de diárias, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

6.9. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as diárias pagas. Esta soma não poderá

exceder a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

6.10. **Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de diárias por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, correspondente à vigência anterior.**

6.11. **Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária enquanto o segurado estiver recebendo valores decorrentes de um determinado evento. A vedação refere-se inclusive caso outros sinistros ocorram durante o período em que o segurado estiver recebendo valores previstos por esta cobertura. Para que a seguradora reconheça um novo fato gerador, o segurado deverá ter obtido alta médica relativa ao sinistro anterior. Em situações de sinistros simultâneos, a indenização considerará aquele que resulte no maior período de afastamento.**

6.12. Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

6.12.1. **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, 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. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, de acordo com a parcela mensal da dívida ou compromisso assumido, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

9. FRANQUIA

9.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

9.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

10. LIMITE DE DIÁRIAS

10.1. É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus a partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato, limitado ao período máximo de até 365 dias.

11. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

11.1. As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

11.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

12. JUNTA MÉDICA

12.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

12.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

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

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária (RIT):

2.1.1. **Carência:** É o período de até 60 (sessenta) dias contados do início de vigência do seguro ou da alteração do plano para os sinistros decorrentes de doenças, durante o qual o Seguradora não terá direito às garantias deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.1.2. **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.2.1. 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 das atividades profissionais por acidente.

2.1.3. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.4. **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2. **Terão direito a esta cobertura o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, com documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.**

3.3. **O valor contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a renda contratada for superior a renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

4. CARÊNCIA

4.1. 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. 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) e as incidências associadas, serão as doenças consideradas pelo Ministério do Trabalho em lista específica sobre o tema, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites;

Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondropatias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;;

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

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido; Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

e) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;

f) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

g) hospitalização para check-up;

h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

i) todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles;

j) Síndrome do Pânico;

k) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais, incluídos os distúrbios do sono;

l) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os consequentes de acidentes ocorridos durante a vigência da Apólice;

m) cirurgias para esterilização;

n) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias;

o) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

p) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;

q) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;

r) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose e outras artroses e artropatias;

s) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros quadros degenerativos;

t) 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;

u) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia); e,

v) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

w) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;

x) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

y) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

z) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Exames pré-

operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionados com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

5.2. Fica ainda excluído do risco garantido por cobertura qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação, que lhe atribua renda.

5.3. Também fica expressamente excluído da cobertura qualquer afastamento decorrente de Invalidez Permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que este seguro garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

5.3.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez PERMANENTE TOTAL, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

6.2. O capital segurado desta cobertura será vinculado e a renda corresponderá ao valor da parcela da dívida. O máximo de rendas será definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

6.3. O pagamento das parcelas será feito enquanto persistir o estado de incapacidade temporária do segurado, e limitar-se-á ao número estabelecido nas condições contratuais, independentemente do número de eventos que acarretarem a cobertura, observadas as demais disposições desta condição especial.

6.4. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**

6.5. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. **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”.**

7.2. Para a Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir) (cópia simples);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);

k) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);

l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo;

I – no caso de pessoas físicas:

a) nome completo;

b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);

c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);

d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e

g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

II – no caso de pessoas jurídicas:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

7.3. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente que caracterizem as lesões traumáticas agudas decorrente do evento.

7.4. Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

7.5. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

7.6. **Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.** Ou seja, o pagamento de cada renda estará condicionado ao período **em meses** que o Segurado permanecer na condição de incapacidade temporária, cessando com o esgotamento do Capital Segurado contratado ou quando o Segurado voltar a exercer qualquer forma de trabalho remunerado, o que ocorrer primeiro.

7.7. 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.

7.8. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

7.9. Em caso de morte e caracterização de incapacidade permanente do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários.

7.10. A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

7.11. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao número de rendas previsto no contrato.

7.12. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite previsto no contrato, correspondente à vigência anterior.

7.13. Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária enquanto o segurado estiver recebendo valores decorrentes de um determinado evento. A vedação refere-se inclusive caso outros sinistros ocorram durante o período em que o segurado estiver recebendo valores previstos por esta cobertura. Para que a seguradora reconheça um novo fato gerador, o segurado deverá ter obtido alta médica relativa ao sinistro anterior. Em situações de sinistros simultâneos, a indenização considerará aquele que resulte no maior período de afastamento.

7.14. Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

7.14.1. **Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, 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.**

8. PAGAMENTO DA RENDA

8.1. 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.

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

8.3. **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 na Proposta de Adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Adesão, este perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.**

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. Em caso de sinistro coberto do segurado principal, o primeiro beneficiário será sempre o credor, de acordo com a parcela mensal da dívida ou compromisso assumido, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da dívida existente na data do sinistro, se este for menor. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

10. FRANQUIA

10.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

10.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

11. CARÊNCIA

11.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

11.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

12. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

12.1. As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

12.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

13.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

14. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

14.1. Esta cobertura é válida em todo o território nacional brasileiro enquanto o Segurado mantiver residência no Brasil.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE

1. OBJETIVO DA COBERTUR

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de renda, por sua incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de renda e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Glossário para os termos relacionados à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (RIT-Acidente):

2.1.1. **Franquia:** É o período correspondente aos primeiros 15(quinze) dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização.

2.1.1.1. 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 das atividades profissionais por acidente.

2.1.2. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.

2.1.3. **Auditoria Médica:** É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado se submete para fins de comprovação do sinistro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A incapacidade temporária, decorrente de acidente pessoal coberto, caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

3.2. **Terão direito a esta cobertura o Segurado profissional liberal ou autônomo em atividade profissional, com documento contábil/fiscal comprobatório da atividade exercida.**

3.3. **O valor contratado deverá ser compatível com a renda mensal do segurado. No eventual sinistro, poderá ser solicitada a sua comprovação. Se a renda contratada for superior a renda mensal informada pelo estipulante na proposta de contratação, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada a má-fé do estipulante, no que tange a informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito à indenização de acordo com o Artigo 766 do Código Civil.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. 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) LER (Lesões por Esforços Repetitivos), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, serão as doenças consideradas pelo Ministério do Trabalho em lista específica sobre o tema, tais como: Síndrome do túnel do carpo, Síndrome do impacto (ombro), Dor articular, Síndrome Cervicobraquial; Dorsalgia; Cervicalgia; Ciática; Lumbago com Ciática; Sinovites e Tenossinovites; Dedo em gatilho; Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain); Sinovites e Tenossinovites, não especificadas; Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional; Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho; Bursite da Mão; Bursite do Olécrano; Outras Bursites do Cotovelo; Outras Bursites Pré-rotulianas; Outras Bursites do Joelho; Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Transtorno não especificado dos tecidos moles,

relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão; Fibromatose da Fáscia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren”; Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro Congelado, Periartrite do Ombro); Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso; Tendinite Bicipital; Tendinite Calcificante do Ombro; Bursite do Ombro; Outras Lesões do Ombro; Outras entesopatias: Epicondilite Medial; Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”); Mialgia; Outras Osteonecroses secundárias; Doença de Kienböck do Adulto (Osteo-condrose do Adulto do Semilunar do Carpo) e outras Osteocondro-patias especificadas, moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição;

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

c) anomalias congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

d) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico. Na hipótese de hérnia decorrente de acidente, não há cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido; tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;

e) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;

f) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo, incluída a correção de varicocele;

g) hospitalização para check-up;

h) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

i) Todas as doenças ou transtornos mentais, distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos de consequências ou decorrentes deles; Síndrome do Pânico;

j) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

k) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos para obesidade ou estética em suas várias modalidades e suas consequências;

l) qualquer sinistro que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias;

m) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

n) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;

o) As instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação incluindo as lesões meniscais e ligamentares de joelho e lesões de ombro de característica degenerativa, síndromes do impacto, lesões de supra espinhais, cujas são as lesões causadoras das instabilidades destas articulações;

p) As doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose e outras artroses e artropatias;

q) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias, ainda que decorrentes de alterações discais, espondilolisteses, espondilólises e outros quadros degenerativos;

r) 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;

s) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

t) Cirurgias ortognáticas, mamoplastias redutoras e correção da ptose palpebral;

u) Afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica;

v) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo decorrente de acidente;

w) Período que antecede a cirurgia agendada/programada, salvo se durante este período houve incapacidade laborativa comprovada através de métodos diagnósticos e de controle complementares; Exames pré-operatórios; Gestação e suas complicações, o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente, não havendo Cobertura aos casos em que forem constatados eventos não relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

x) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;

y) Cirurgias plásticas, com finalidades estéticas ou embelezadoras e suas consequências, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais.

4.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Adicional qualquer afastamento, quando concomitantemente o Segurado 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 garante apenas Renda de Incapacidade Temporária.

4.3.1. Caso o segurado esteja afastado e sua incapacidade temporária evoluir para uma invalidez **PERMANENTE TOTAL**, devidamente comprovada por laudo médico, cessará automaticamente o direito às rendas cobertas por este seguro.

5. FRANQUIA

5.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

5.2. A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

6. CARÊNCIA

6.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se as disposições do item “Carência” das Condições Gerais.

6.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta garantia de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença.

7.2. O capital segurado desta cobertura será vinculado, a renda corresponderá ao valor da parcela da dívida, e a quantidade máxima de rendas será definida nas condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo se direta ou indiretamente decorrente do mesmo sinistro.

7.3. O pagamento das parcelas será feito enquanto persistir o estado de incapacidade temporária do segurado, e limitar-se-á a quantidade de rendas estabelecida nas condições contratuais, independentemente do número de eventos que acarretarem a cobertura, observadas as demais disposições desta condição especial.

7.4. **O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.**

7.5. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

8. PAGAMENTO DA RENDA

8.1. 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.

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

8.3. 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 na Proposta de Adesão, o pagamento da indenização será realizado pelo valor da renda contratada, mas se ficar comprovada má-fé do Segurado no que tange à informação constante na Proposta de Adesão, este perderá o direito à indenização com base no Artigo 766 do Código Civil.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. 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”.

9.2. Para a Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Comprovante de rendimento do mês do sinistro (cópia simples);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado (cópia simples);
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir) (cópia simples);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade (original);
- i) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária (cópia simples);
- j) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
 - I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - II – no caso de pessoas jurídicas:
 - a) a denominação ou razão social;
 - b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);

c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);

d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);

e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

h) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado (cópia simples).

9.3. No caso de hérnia decorrente de acidente, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente que caracterizem as lesões traumáticas agudas decorrente do evento.

9.4. Para parto ou aborto e suas consequências decorrente de acidente pessoal, será necessária a comprovação donexo causal por meio de exames de imagem realizados na ocasião do acidente.

9.5. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item “Despesas de Comprovação” desta Condição Especial.

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

9.7. Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga a cada 30 dias completos que o segurado ficar afastado, respeitando-se o limite de rendas e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

9.8. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados periodicamente pela seguradora, tomando-se por base um relatório médico e exames atualizados que deverão ser entregues pelo segurado, seu representante legal ou pelo corretor a cada quinze ou vinte dias, conforme retorno ao médico assistente.

9.9. Em caso de morte a caracterização de incapacidade permanente do segurado cessará o direito ao pagamento de renda, sendo que as rendas relativas ao período em que o segurado permaneceu afastado de suas atividades profissionais, serão indenizadas aos seus beneficiários.

9.10. A cessação do pagamento da renda ocorrerá na data da alta médica ou com a utilização do limite de rendas, devendo o segurado, no primeiro caso, apresentar o comprovante de alta médica, devidamente atestado pelo médico assistente.

9.11. Caso ocorra mais de um evento dentro da mesma vigência, somar-se-ão as rendas pagas. Esta soma não poderá exceder ao número de rendas previsto no contrato.

9.12. Nos casos em que o segurado permanecer afastado de suas atividades profissionais em decorrência do mesmo evento, após o mês de renovação da apólice (a renovação ocorrendo ou não), terá direito somente à quantidade de renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite previsto no contrato, correspondente à vigência anterior.

9.13. Não haverá acúmulo do pagamento das rendas por incapacidade temporária enquanto o segurado estiver recebendo valores decorrentes de um determinado evento. A vedação refere-se inclusive caso outros sinistros ocorram durante o período em que o segurado estiver recebendo valores previstos por esta cobertura. Para que a seguradora reconheça um novo fato gerador, o segurado deverá ter obtido alta médica relativa ao sinistro anterior. Em situações de sinistros simultâneos, a indenização considerará aquele que resulte no maior período de afastamento.

9.14. Em todos os pedidos de afastamento do segurado poderão ser realizadas perícias médicas para a comprovação do evento, bem como do número de dias necessários de afastamento.

9.14.1. Caso seja apurado algum tipo de irregularidade cometida pelo segurado, 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.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

10.1. As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

10.2. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

11. JUNTA MÉDICA

11.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

12. ÂMBITO GEOGRÁFICO

12.1. Esta cobertura é válida em todo o território nacional brasileiro enquanto o Segurado mantiver residência no Brasil.

13. DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de parcelas da dívida do segurado ao estipulante ou ao titular do crédito, em número e valor pactuados no contrato do seguro, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.

1.2. O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

2. DEFINIÇÕES

2.1. As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Garante o pagamento de uma indenização, conforme estabelecido nas condições contratuais, em caso de rescisão não motivada por justa causa do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador.

3.2. Esta cobertura destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.

3.3. Reconhecida a condição da perda de emprego do segurado, a indenização será paga a cada 30 dias, respeitando-se o número e valor das parcelas pactuadas no contrato de seguro e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato, enquanto perdurar a condição de desemprego do segurado ou com o esgotamento do capital segurado, o que ocorrer primeiro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos desta cobertura adicional a perda de emprego decorrente de:

a) Programas anunciados pelo empregador do segurado para redução do seu quadro de funcionários ou dispensas, ainda que incentivadas, ou programas de demissão voluntária que, de maneira geral ou específica, incluam a categoria de trabalho do segurado;

b) Demissão por justa causa;

c) Demissão do segurado em data anterior ao início de vigência desta cobertura;

d) Abandono de emprego ou pedido de demissão voluntário do segurado;

e) Término do contrato de trabalho temporário ou mandato de cargos eletivos;

f) Aposentadoria, pensão ou retiro/ausência do segurado.

4.2 Esta cobertura não pode ser contratada por profissionais liberais ou autônomos.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado para esta cobertura será definido na forma estabelecida em contrato, e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por perda de emprego, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da perda do emprego do segurado.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Para a Cobertura Adicional de Perda de Emprego, os documentos básicos necessários são:

- a) **Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;**
- b) **Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;**
- c) Cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do sinistro (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) Cópia do contrato de dívida ou compromisso que caracterize o vínculo com o estipulante que originou o seguro;
- e) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;
- f) Cópias das páginas da carteira de trabalho (CPTS) do segurado que contêm o seguinte: identificação do segurado, último contrato de trabalho, rescisão e página posterior;
- g) Cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho;
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento (original);
- i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado, contendo:
 - I – no caso de pessoas físicas:
 - a) nome completo;
 - b) número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF); número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data da expedição; ou número do Passaporte, com a identificação do País de expedição (cópia simples do CPF ou CNH ou RG ou Passaporte);
 - c) endereço completo (cópia simples de um comprovante de residência contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação);
 - d) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - e) profissão (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - f) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal (cópia simples do Holerite ou Declaração de IR, em caso de PEP - Pessoa Politicamente Exposta); e
 - g) o enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - II – no caso de pessoas jurídicas:
 - a) a denominação ou razão social;
 - b) atividade principal desenvolvida (cópia simples do Estatuto Social ou Contrato Social);
 - c) o número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para empresas offshore, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp (cópia simples do Cartão de CNPJ);
 - d) endereço completo (cópia simples de um comprovante de endereço contendo logradouro, bairro, código de endereçamento postos – CEP, cidade, unidade da federação, número de telefone e código de discagem direta à distância - DDD);
 - e) nomes dos controladores até o nível de pessoas físicas, principais administradores e procuradores e seu enquadramento como pessoa politicamente exposta, se for o caso. Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
 - f) informações acerca da situação patrimonial e financeira (cópia simples do Balanço Patrimonial da Sociedade, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);
 - g) número de telefone e código de discagem direta à distância – DDD, se houver (cópia simples da conta de telefone fixo ou celular, se alguns dos Controladores e/ou principais Administradores e Procuradores forem PEP - Pessoa Politicamente Exposta);

6.2. Para os beneficiários do seguro nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Última alteração do Contrato Social, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;

- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de sinistro coberto, o beneficiário será sempre o credor, até o limite do capital segurado ou saldo devedor da parcela da dívida existente na data do sinistro. Entende-se por credor a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO

8.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo território nacional brasileiro e enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

9. FRANQUIA

9.1. Para efeito desta Condição Especial, considera-se franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

9.2. Se for o caso, a franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato firmado entre o estipulante e a seguradora e na apólice do seguro, e será de, no máximo, 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

10. CARÊNCIA

10.1. É de até 180 (cento e oitenta) dias a carência desta cobertura, respeitando-se os limites estabelecidos no item “Carência e Franquia” das Condições Gerais.

10.2. A carência deverá ser fixada no contrato de seguro, apólice e no certificado individual.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

1.1. Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Excedente técnico é a diferença positiva entre as receitas e despesas da apólice, de um determinado período.

2.1.1. O período de apuração é composto por 12 (doze) meses a contar do início de vigência ou da data de aniversário anual da apólice.

3. CRITÉRIOS PARA A DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

3.1. Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice livremente pactuado e constante da Proposta de Contratação e do Contrato firmado entre as partes.

3.2. A distribuição de excedente técnico fica condicionada à existência de um mínimo mensal de vidas seguradas, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.

3.3. A apuração do resultado do excedente técnico será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

3.4. Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice durante a vigência do contrato.

4. APURAÇÃO DO RESULTADO

4.1. Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

4.1.1. Receitas:

- a) Prêmios líquidos de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

4.1.2. Despesas:

- a) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- b) As comissões de corretagem, administração (pró-labore), agenciamento e outras pagas durante o período de apuração;
- c) Valor total dos sinistros ocorridos e avisados em qualquer época e as despesas de sinistros, ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- d) As despesas efetivas de administração da apólice, acordadas com o estipulante;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios de competência do período;
- f) Alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores.

4.2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) Do respectivo mês do pagamento, para prêmios e comissões;
- b) Do mês do aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) Do respectivo mês de apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) Das datas em que incorreram, para as despesas de administração.

4.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item "Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro" das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4.4. Eventuais novos itens de receitas e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente Técnico mediante prévio acordo entre seguradora e estipulante.

4.5. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de

cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

deficientes auditivos: 0800-727-8736. Ouvidoria: 0800-727-1184. SAC: 0800-727-2746 (24 horas).
Acesse nosso site: www.portoseguro.com.br/vida