



Seguro de Pessoas - Prestamista Coletivo Condições Gerais

Vigência a partir de: 06/12/2025

Caro(a) cliente,

Seja bem-vindo à Porto Seguro. É uma satisfação ter você como cliente!

Com o **Porto Seguro Prestamista**, você poderá contar com diversas coberturas para maior comodidade e segurança de seus clientes e suas famílias, contra dificuldades financeiras que possam surgir em consequência dos imprevistos da vida.

Neste material, você encontra as condições de cada cobertura e cláusula oferecida pelo seguro, além de informações a respeito de seus direitos e obrigações relacionados ao contrato estabelecido.

Para saber quais coberturas e cláusulas das Condições Gerais do Seguro de Pessoas - Prestamista se aplicam ao seu contrato, verifique a sua apólice de Seguro.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, evitando dúvidas quanto a sua utilização.

Em caso de dúvidas ou informações, fale com seu Corretor ou entre em contato com a nossa Central de Atendimento.

Visite a nossa página na internet: <https://www.portoseguro.com.br/>

Conte sempre conosco.

Atenciosamente,

Porto Seguro Vida e Acidentes Pessoais e Prestamista

CONDIÇÕES GERAIS PARA SEGURO DE PESSOAS COLETIVO
PORTO SEGURO - PRESTAMISTA

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

30. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS	27
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE	29
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL	33
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	37
CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA – 43 (AED)	43
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR.....	49
DOENÇA (IFPD)	49
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT).....	59
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (RIT-ACIDENTE).....	67
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE PERDA DE EMPREGO	75
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT).....	79
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE (DIT-ACIDENTE).....	88
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE	95
CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL.....	97
CLAUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	100

CONDIÇÕES GERAIS PARA SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

PORTO SEGURO - PRESTAMISTA

1. CARACTERÍSTICAS

1.1.A Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais, CNPJ nº 61.198.164/0001-60, doravante denominada Porto Seguro, institui o presente Plano de Seguro de Pessoas Coletivo - Prestamista, com Coberturas estruturadas no Regime Financeiro de Repartição Simples, descrito nestas Condições Gerais e Condições Especiais devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

1.2.Devido à natureza do Regime Financeiro de Repartição Simples, as coberturas estruturadas neste regime não possuem a concessão de resgate, valor saldado, benefício prolongado ou devolução de quaisquer Prêmios pagos, uma vez que cada Prêmio é destinado a custear o Risco de pagamento das indenizações no período de Cobertura.

1.3.Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações da Porto Seguro, do Estipulante, dos Segurados do plano e de seu(s) Beneficiário(s).

1.4.As presentes Condições Gerais serão complementadas por Contrato firmado entre a Porto Seguro e o Estipulante, contendo as condições específicas de operacionalização do plano.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1.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.

3. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

3.1 Aceitação: Aprovação da Proposta submetida à Porto Seguro para a contratação do seguro.

3.2 Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

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

3.4 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.

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

3.6 Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de

subsistência mediante remuneração.

- 3.7 Ato Ilícito:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 3.8 Auditoria Médica:** é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.
- 3.9 Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 3.10 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.
- 3.11 Cancelamento:** ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.
- 3.12 Capital Segurado:** É o valor máximo de indenização a ser pago pela Seguradora para a(s) cláusula(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.
- 3.13 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.
- 3.14 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.
- 3.15 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.
- 3.16 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 e da Declaração Pessoal de Saúde.
- 3.17 Condições Especiais:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 3.18 Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, da Seguradora, do Segurado/Prestamista, dos Beneficiários e do Estipulante.
- 3.19 Contrato de seguro:** 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.
- 3.20 Corretor de Seguros:** é o profissional escolhido diretamente pelo estipulante, intermediador, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.
- 3.21 Credor:** aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- 3.22 Curador:** pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.
- 3.23 Devedor:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

- 3.24 **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.
- 3.25 **Doença Profissional:** são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.
- 3.26 **Dolo:** má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.
- 3.27 **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.
- 3.28 **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- 3.29 **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.
- 3.30 **Excedente técnico:** saldo obtido na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.
- 3.31 **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.
- 3.32 **Foro:** no contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.
- 3.33 **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
- 3.34 **Grupo Segurado:** É o grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 3.35 **Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 3.36 **Incapacidade Temporária:** é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.
- 3.37 **Indenização:** valor que a Seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.**
- 3.38 **Índice para atualização de valores:** é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 3.39 **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
- 3.40 **Liquidação de Sinistro:** pagamento da Indenização (ou reembolso) relativo a um Sinistro.
- 3.41 **Má-Fé:** agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.
- 3.42 **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.

- 3.43 **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. Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.
- 3.44 **Nota Técnica Atuarial:** Documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
- 3.45 **NYHA:** tabela funcional da New York Heart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.
- 3.46 **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.
- 3.47 **Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico designado pela Seguradora a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.
- 3.48 **Período de cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 3.49 **Prazo de carência:** Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.50 **Prêmio:** Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 3.51 **Processo SUSEP:** É o número de registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).
- 3.52 **Proponente:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação ou Proposta de Adesão na Seguradora.
- 3.53 **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.
- 3.54 **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.
- 3.55 **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.
- 3.56 **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.
- 3.57 **Risco:** Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- 3.58 **Riscos a Decorrer:** são aqueles em que o prêmio do seguro é pago, total ou parcialmente, antecipadamente

ao risco objeto do contrato.

- 3.59 **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.
- 3.60 **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 3.61 **Segurado:** é a pessoa física ou jurídica sobre a qual procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 3.62 **Segurado Principal:** é a pessoa física ou jurídica que mantém vínculo com o estipulante, regularmente incluído e aceito no seguro.
- 3.63 **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.
- 3.64 **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.
- 3.65 **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença ou acidente.
- 3.66 **Seguro Contributário:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 3.67 **Seguro Não Contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 3.68 **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 3.69 **Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 3.70 **Vigência do Seguro:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

4.1. As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. As coberturas do seguro podem ser contratadas isoladamente respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora, de acordo com a opção feita pelo Estipulante e ou Subestipulante na Proposta de Contratação e ratificadas na Apólice do Seguro.

5.2. O objetivo da cobertura, riscos cobertos e riscos excluídos estão dispostos nas respectivas condições especiais.

5.3. As coberturas passíveis de contratação são:

- a) Cobertura de Morte (M)
- b) Cobertura de Morte Acidental (MA)
- c) Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- d) Cobertura de Antecipação Especial por Doença (AED);

- e) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD)
- f) Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária (DIT)
- g) Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA);
- h) Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Doença ou Acidente (RIT);
- i) Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente (RITA);
- j) Cobertura de Perda de Emprego;
- k) Auxílio Funeral

- 5.3.1 As coberturas de Antecipação Especial por Doença (AED) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) não podem ser contratadas em conjunto.
- 5.3.2 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.
- 5.3.3 As coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) e Diárias de Incapacidade Temporária decorrente de Acidente (DIT-Acidente) não podem ser contratadas em conjunto.
- 5.3.4 Quando contratada quaisquer coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária, **não poderão ser contratadas as coberturas de Renda por Incapacidade Temporária.**
- 5.3.5 A cobertura de Auxílio Funeral não poderá ser contratada de forma isolada, sendo necessário a contratação da cobertura de morte ou morte acidental.

5.4. Cláusula Suplementar: este seguro pode contemplar, opcionalmente, a seguinte cláusula suplementar, que serão especificadas em condições contratuais, se contratadas:

- 5.4.1 Reversão de Excedente Técnico

5.5. Será(ão) expresso(s) contratualmente a(s) cobertura(s) contratada(s).

5.6. Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais.

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

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

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

5.10. **Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.**

6. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 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 e pandemias, desde que declaradas pelos órgãos competentes;
- e) Doação e transplante intervivos;
- f) Suicídio ou a sua tentativa, caso ocorra dentro dos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do seguro, ou da solicitação de aumento de capital contratado ou ainda da sua recondução depois de suspenso.
- 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.
- j) Inobservância deliberada de regras de segurança ou o descumprimento intencional do uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) obrigatórios, quando a ausência destes for a causa determinante do sinistro.

6.2. 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;
 - a1) 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, tremor de terra, maremotos, erupções vulcânicas e queda de meteoro;
- c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado, exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem ou prática desportiva;
- d) Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.

6.3. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

6.4. 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 legislação vigente.

7. CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO

7.1. 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.

7.1.1 A Seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.1.2 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.

7.2. 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.

7.3. A proposta de contratação conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.

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

7.5. A Aceitação do seguro ou endosso ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta. A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou documentos e o prazo para análise terá novo início, a partir do atendimento da solicitação.

7.6. A não manifestação da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará aceitação tácita. Em qualquer hipótese de não aceitação, a seguradora comunicará formalmente a sua decisão ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a devida justificativa da recusa.

7.7. 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.

7.8. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante no prazo de 15 (quinze) dias.

7.9. 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.

7.10. A pessoa jurídica contratante de dívida ou compromisso financeiro, desde que se manifeste expressamente, poderá determinar por ocasião da contratação do seguro, que este recaia sobre todos os sócios acionistas, mediante capital individual proporcional a participação acionária de cada um, desde que satisfaça as condições de inclusão apresentadas no contrato de estipulação, inclusive quanto ao preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso.

7.11. No caso do disposto no item anterior, o Capital Segurado obedecerá à mesma proporcionalidade da participação acionária de cada sócio acionista que será expresso em seu certificado individual e, no caso de falecimento de um dos sócios acionistas, o seguro quitará parte da dívida, correspondente a participação acionária do sócio acionista falecido, permanecendo no seguro os demais sobreviventes com seus respectivos capitais segurados.

8. INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. 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.

8.2. Os dados constantes na proposta devem ser preenchidos pelo proponente/segurado, seu representante

legal ou seu Corretor de Seguros com as informações verdadeiras e completas sobre o risco objeto do seguro. O descumprimento doloso poderá gerar a perda das garantias contratuais, permanecendo a obrigação de quitar a dívida do prêmio e de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora. Caso o descumprimento seja culposos, o segurado deverá pagar a diferença do prêmio. Se, em virtude das informações omitidas, a garantia se tornar tecnicamente inviável ou o risco não for normalmente aceito pela Seguradora, a adesão será cancelada, sem direitos em relação às garantias. Em razão do caráter personalíssimo das informações de saúde, tais informações devem ser preenchidas pelo próprio titular das informações.

8.3.A Aceitação do seguro ou endosso ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de adesão. A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou documentos e o prazo para análise terá novo início, a partir do atendimento da solicitação.

8.4.A não manifestação da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará aceitação tácita. Em qualquer hipótese de não aceitação, a seguradora comunicará formalmente a sua decisão ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a devida justificativa da recusa.

8.5.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.

8.6.A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.7.A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela seguradora da respectiva proposta de adesão e consequente adesão ao contrato.

8.8.A proposta de adesão conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.

8.9.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.

8.10. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

9. MODIFICAÇÃO DE RISCO

9.1.O segurado deve comunicar à seguradora qualquer modificação no risco, tão logo dele tome conhecimento. Sem prejuízo de outras hipóteses aqui não elencadas, será entendida como modificação no risco a alteração nas informações apresentadas na proposta, questionário de saúde ou constante de quaisquer documentos entregues pelo segurado ou por seu representante, para análise e aceitação do risco.

Após análise, se caracterizar agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da comunicação da sua modificação, cobrar ou devolver a diferença de prêmio devida. Se o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, cancelando-o, no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

9.2 O segurado que dolosamente descumprir o dever de comunicar a alteração/modificação do risco, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido e a ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se o descumprimento for culposos, o segurado ficará obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada em razão da alteração que tenha gerado o agravamento.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 10.1. Quando a obrigação possuir data prevista de término, o prazo de vigência do seguro Prestamista não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelada, sendo as datas de início e término especificadas no certificado individual e na apólice, quando couber.
- 10.1.1 Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes e definidos na Apólice e nos Certificados Individuais.
- 10.2. A vigência do seguro será de 01 (um) ano, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos).
- 10.3. A vigência da apólice, do certificado individual e dos endossos terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes. A vigência será igual ao prazo da obrigação.
- 10.4. 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.
- 10.5. 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.
- 10.6. 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.
- 10.7. A renovação deste seguro ocorrerá de forma automática, a menos que uma das partes se manifeste em contrário. A seguradora deve comunicar qualquer intenção de não renovar ou propor modificações nas condições do contrato com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência do término da vigência.
- 10.8. Se a seguradora não fizer essa comunicação, o seguro será renovado automaticamente nas mesmas condições. O segurado, por sua vez, pode recusar a renovação a qualquer momento antes do início do novo período de vigência.
- 10.9. 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.
- 10.10. 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.
- 10.11. **Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP.**
- 10.12. Caso o valor do capital segurado atinja o limite técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.
- 10.13. Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese de o capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.
- 10.14. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a prazo do Seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.
- 10.15. 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.
- 10.16. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 10.17. Caso o Estipulante (credor) e o segurado (devedor) repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação a seguradora deve ser formalmente comunicada e:
- 10.18. 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

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

10.20. 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.

11. FRANQUIA E CARÊNCIA

11.1. 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.

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

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

11.4. As Carências não se aplicam quando houver renovação do seguro ou nos casos de substituição de contrato existente, ainda que seja outra a seguradora.

11.5. 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.

12. CAPITAL SEGURADO VINCULADO

12.1. 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 ou reajuste.

12.2. 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.

12.3. 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.

12.4. Caso o pagamento referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

12.5. 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

12.6. O Capital Segurado será alterado somente após submissão e Aceitação pela Seguradora

12.7. O recálculo do capital segurado será feito mensalmente na data de pagamento do prêmio mensal do seguro. O valor do capital segurado será o valor da obrigação nessa data.

12.8. As parcelas da dívida ou compromisso financeiro em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado poderão ser incorporados ao valor do capital segurado, caso previsto no contrato de estipulação com a consequentemente indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.

13. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

13.1. Para seguros anuais ou com menos de 12 meses de vigência, os limites máximos de indenização, os prêmios e outros valores descritos na apólice estão expressos em reais e não serão atualizados, exceto se Governo Federal decretar novas regras.

- 13.2. 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.
- 13.2.1 O capital segurado contratado é vinculado, ou seja, será necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização.
- 13.3 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.
- 13.3.1 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.
- 13.4 Caso cobranças adicionais ou inclusão de outros índices para cálculo do valor atualizado, estarão descritos na cláusula aplicável.

14. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 14.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:
- 14.1.1 Não contributivo:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 14.1.2 Contributivo:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 14.2** Independente da forma de custeio estabelecida, o Estipulante será sempre o único responsável, junto a seguradora, pelo pagamento do prêmio.
- 14.3** Quando a forma de custeio for contributória com previsão de pagamento de prêmio por meio de consignação em folha, a ausência de repasse dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda a figura de estipulante, não causará qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere às coberturas contratadas.
- 14.4** O pagamento do prêmio à Seguradora será feito pelo estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente.
- 14.4.1 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.**
- 14.4.2 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.**
- 14.4.3 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**
- 14.5** A periodicidade e a forma de pagamento dos prêmios serão definidas no contrato do seguro, podendo ser único, mensal, trimestral, semestral ou anual.
- 14.6** Nos casos de parcelamento, o Prêmio deverá ser pago até a data de vencimento.
- 14.7** 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.
- 14.8** 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.
- 14.9** A data limite para o pagamento do prêmio estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

- 14.10** 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.
- 14.11** A Seguradora comunicará eventual atraso, assim como as consequências no caso da continuidade da mora, compatível com o cancelamento antecipado do contrato por extinção do interesse por inadimplência.
- 14.12** 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.
- 14.13** Durante o Período de Tolerância para regularização do prêmio, serão concedidas as coberturas do seguro
- 14.14** 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.
- 14.15** 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 que serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 14.16** No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 14.17** 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, acarretará no cancelamento integral e automático do seguro.
- 14.18** Para as demais parcelas do prêmio, haverá redução de vigência, devendo ser considerado o número de dias correspondentes ao percentual do prêmio pago, conforme a tabela abaixo, que levará em conta no cálculo a retenção das despesas com a contratação em razão do cancelamento antecipado do contrato por extinção do interesse por inadimplência.
- 14.19** A seguradora notificará eventual atraso ao segurado ou seu representante legal, concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contados do recebimento, para a purgação da mora e advertindo de que o não pagamento neste novo prazo suspenderá a garantia. Se não houver pagamento neste novo prazo, a Seguradora cancelará o contrato em prazo não inferior a 30 (trinta) dias após a suspensão da garantia ou no fim da vigência definida pela tabela, o que for mais benéfico ao segurado.

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

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

14.21 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

14.22 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

14.23 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.

14.24 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.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXAS E PRÊMIOS

15.1. 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.

15.2. 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.

15.3. 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.

15.4. 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.

16. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

16.1. 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.**

16.2. O segurado poderá aumentar ou reduzir o valor máximo de indenização das coberturas a qualquer momento. Essa solicitação será analisada pela Seguradora, podendo gerar devolução ou cobrança proporcional de prêmio e a alteração passará a valer a partir da data de emissão do endosso.

16.2.1 Qualquer modificação nas condições vigentes que implicar em ônus ou dever para os 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.

16.2.2 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.

16.2.3 Devido ao caráter pessoal e intransferível dos interesses garantidos em um contrato de seguro, a Seguradora se reserva ao direito de não aceitar transferências de titularidade do seguro.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

17.1. 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.

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

17.3. 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 convencionado.
- h) No final de vigência da apólice, se esta não for renovada.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. O contrato poderá ser cancelado de pleno direito quando do não pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, ou quando do não pagamento das demais parcelas, dentro dos prazos previstos, conforme termos e condições da cláusula "Pagamento dos Prêmios"

18.2. 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.

- 18.3. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto especificada na cláusula “Pagamento dos Prêmios”, 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.
- 18.4 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.
- 18.5 No caso de distrato 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.
- 18.6 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 na cláusula “Pagamento dos Prêmios”.
- 18.7 O Seguro será cancelado e a Seguradora isenta-se de qualquer obrigação se for comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.
- 18.8 A Seguradora abre mão de reavaliar o risco no prazo regulamentar nestas hipóteses, por considerar incidente gravoso e providenciará o cancelamento do seguro.
- 18.9 Extingue-se ainda o seguro:
- a) **Por extinção do risco:** mediante comunicação prévia à Seguradora, o contrato será cancelado com a redução proporcional do prêmio, deduzidas as despesas realizadas com a contratação, na mesma proporção.
 - b) **Por solicitação do segurado:** O segurado poderá rescindir o contrato, a qualquer tempo. A seguradora reterá, além do valor dos impostos, as despesas referentes à contratação, cujo prêmio a ser devolvido será calculado com base na Tabela de Prazo Curto.
 - c) **Por Perda de Direitos:** o seguro será automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem qualquer restituição de prêmio ou impostos, quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas como Perda de Direitos.
 - d) **Por nulidade do contrato:** Este contrato será considerado nulo de pleno direito, não produzindo qualquer efeito desde a sua origem, caso se verifique, a qualquer tempo, a ausência de um dos requisitos legais, bem como nos casos de sinistro já ocorrido antes da contratação do seguro ou quando da impossibilidade de ocorrer o risco ou quando seu interesse for impossível, cabendo a devolução do prêmio, deduzidas as despesas realizadas, salvo se a nulidade decorrer de má-fé.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 19.1. Os procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importam em reconhecimento de nenhuma

obrigação ou pagamento da indenização pela seguradora.

19.2. Os prazos de regulação e liquidação começam a contar a partir da entrega de todos os elementos, documentos e informações necessárias para que a Seguradora possa tomar a sua decisão.

19.3. Em caso de sinistro coberto, a indenização será paga em até 30 (trinta) dias. Esse prazo começa a contar a partir da entrega de todos os elementos, documentos e informações necessários para que a Seguradora possa prosseguir com a indenização.

19.4. **Não terá início a contagem do prazo se os elementos fundamentais para que o segurador cumpra seu dever de regular e liquidar o sinistro não estiverem presentes, razão pela qual a seguradora poderá recusar o recebimento de documentos incompletos, em desacordo com o previsto no contrato, e não tenham sido apresentados pelo interessado e/ou segurado.**

19.5. **Moléstias, doenças ou lesões consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária não vinculam, por si só, a Seguradora.**

19.6. A Seguradora tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias para analisar a solicitação de cobertura do sinistro e dar sua resposta, seja ela favorável ou desfavorável. **Esse prazo começa a contar a partir da entrega de todos os elementos, documentos e informações necessários para que a Seguradora possa tomar a sua decisão.**

19.7. Durante a regulação do sinistro, para importâncias seguradas acima de 500 (quinhentos) salários mínimos, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, mediante suspensão deste prazo por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. Abaixo de 500 (quinhentos) salários mínimos, a solicitação de documentos complementares somente poderá ocorrer por no máximo 1 (uma vez).

19.8. Durante a regulação do sinistro, a Seguradora poderá solicitar entrevista pessoal das partes envolvidas para esclarecimento dos fatos;

19.9. Durante a regulação do sinistro, poderá ser solicitado a realização de perícia médica, através de profissionais indicados pela Seguradora além da apresentação de documentos ou da autorização para angariação de informações médicas e de saúde junto a hospitais, clínicas, laboratórios, médicos e demais profissionais de saúde, bem como quaisquer outras instituições, públicas ou privadas.

19.10. A seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, mediante suspensão deste prazo por no máximo 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

19.11. O não pagamento no prazo previsto fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais desde a data em que a indenização deveria ter sido paga.

19.12. 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.

19.13. 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.

19.14. 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.

19.15. 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".

19.16. 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.

19.17. 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.

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

19.19. 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.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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.

20.1.2 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 aquele indicado na apólice ou por ato de vontade do Segurado, podendo este ser substituído a qualquer momento.

20.1.3 Para que a Seguradora efetue o pagamento ao novo beneficiário, é essencial que a substituição seja formalmente comunicada, sob pena de o pagamento ser realizado ao beneficiário anterior, ficando a Seguradora exonerada de qualquer responsabilidade adicional.

20.1.4 A indicação não prevalecerá em caso de revogação de doação das hipóteses previstas na legislação em vigor, se o beneficiário falecer antes do Segurado ou, ainda, se ocorrer comoriência.

20.1.5 Na falta de indicação do beneficiário ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge e o restante aos demais herdeiros do segurado. Caso o segurado seja separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

20.1.6 O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito.

21. PERDA DE DIREITO

21.1. O segurado perderá o direito ao Capital Segurado quando:

- a) **Agravar o risco do seguro de forma intencional aumentando significativamente a chance de um sinistro ocorrer ou a gravidade dos seus efeitos.**
- b) **O segurado, seu representante, seu corretor de seguros ou o beneficiário do segurado, quando for o caso, prestar informações incorretas e/ou incompletas ou silenciar e/ou omitir informações sobre o risco, de má-fé, na PROPOSTA e no QUESTIONÁRIO DE SAÚDE, que possam influir na aceitação do seguro, na análise do risco ou na estipulação do prêmio.**
 - b.1. **Se, em virtude das informações omitidas conforme a alínea anterior, a garantia se tornar tecnicamente inviável ou o risco não for normalmente aceito pela Seguradora;**
- c) **Descumprir o dever de comunicar prontamente a ocorrência do Sinistro ou deixar de fornecer à Seguradora todos os elementos e documentos necessários e completos para análise da regulação e liquidação do sinistro, quando solicitado, bem como deixar de permitir ou facilitar a atuação dos profissionais indicados**

pela Seguradora, nos termos da cláusula Obrigações do Segurado.

- c.1. Em caso de descumprimento culposo, a perda do direito à indenização será proporcional aos danos causados pela demora ou omissão.
- c.2. O descumprimento doloso implica a perda do direito à indenização, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- d) Houver provocação dolosa de sinistro, atos que caracterizem ilícito criminal ou fraude, ou ainda, se o segurado, estipulante ou beneficiário tiver prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.
 - d.1. Além da perda do direito às garantias contratuais, o segurado fica obrigado ao pagamento do prêmio devido e a ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.
 - d.2. Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.
- e) O segurado, representante, corretor, beneficiários descumprirem quaisquer das obrigações previstas na apólice e nestas Condições Gerais/Especiais;

21.2. Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de Má-fé do segurado, a Seguradora poderá:

I - 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;

II - 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.

III - Na hipótese de ocorrência do sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) o seguro será cancelado, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

21.3. Qualquer consequência resultante de ato ilícito doloso praticado pelo segurado, beneficiário ou representante de um ou de outro. A seguradora apenas cobrirá o sinistro se o ato tiver sido praticado pelo representante ou beneficiário com o objetivo de prejudicar o próprio Segurado.

- a) Além dos casos de perda de direitos citados anteriormente e das situações previstas em lei, a Seguradora isenta-se de qualquer obrigação se:
 - a.1. for comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive

por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.

22. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

22.1. 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.

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 publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. O Estipulante de seguro coletivo é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em nome de um grupo, mediante vínculo prévio, negociando as condições da apólice diretamente com a seguradora. Além de outras responsabilidades descritas no contrato, o Estipulante deve cumprir as seguintes obrigações, a menos que sejam de responsabilidade exclusiva do segurado ou beneficiário:

- a) prestar auxílio ao segurado e ao beneficiário durante a vigência do contrato;
- b) responder perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, incluindo o pagamento ou o repasse dos prêmios;
- c) atuar como representante dos segurados e beneficiários durante a negociação e execução do contrato, sendo responsável por suas ações e omissões perante eles e a seguradora;
- d) fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- e) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- f) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- g) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja

- responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- h) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações; VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
 - i) comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - j) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
 - k) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - l) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
 - m) disponibilizar ao grupo segurado, antes da aquisição do seguro, por meio dos materiais de comercialização e de divulgação, canais de atendimento oficiais ou pelo respectivo sítio eletrônico, quando houver, devendo ser da publicidade sobre a forma de acesso às informações sobre qualquer participação, direta ou indireta, igual ou superior a 10% nos seus direitos de voto ou no seu capital detida por uma Seguradora ou pelo controlador de uma Seguradora, se for o caso;
 - n) disponibilizar ao grupo segurado, antes da aquisição do seguro, através do sítio eletrônico, quando houver, e fazer constar da comunicação direcionada ao grupo segurado a informação sobre a existência de alguma obrigação contratual para atuar como intermediário de produtos de seguros com exclusividade para uma ou mais Seguradoras, informando os respectivos nomes ou os nomes das Seguradoras para os quais atua como intermediário, caso não haja contrato de exclusividade;
 - o) disponibilizar ao grupo, antes da aquisição do seguro, a informação sobre o montante de sua remuneração pela intermediação do contrato, acompanhado dos respectivos valores de prêmio comercial ou contribuição do contrato a ser celebrado;
 - p) disponibilizar ao grupo, antes da aquisição do seguro, a informação sobre outras modalidades de remuneração pós-fixadas eventualmente aplicáveis ao relacionamento entre a Seguradora e o intermediário, conforme as políticas de incentivo e o desempenho do intermediário;
 - q) disponibilizar ao grupo, antes da aquisição do seguro, a informação sobre outras modalidades de remuneração poderão se aplicar ao relacionamento entre a seguradora e o intermediário, conforme políticas internas.

25.2. O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.

26. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

26.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais, constituem ainda obrigações do Segurado:

- a) Comunicar à seguradora imediatamente e por escrito através de proposta de endosso, qualquer alteração ou modificação no risco ou nos dados da apólice, nos termos da cláusula Modificação de Risco.
- b) Dar ciência à seguradora da existência de outro seguro que cubra os mesmos riscos previstos na apólice.
- c) Agir com boa-fé, cooperando com a Seguradora e fornecendo, de forma completa e verdadeira, todas as informações necessárias para a análise e aceitação da proposta de seguro, bem como para a correta

avaliação do risco e cálculo do prêmio. Esta obrigação se estende por toda a vigência do contrato, devendo o Segurado informar imediatamente qualquer alteração nas condições do risco inicialmente coberto.

26.2. O Segurado ou o(s) Beneficiário(s) se obriga a tomar as seguintes providências:

- a) Comunicar prontamente à Seguradora a ocorrência do sinistro, utilizando-se de qualquer meio de comunicação oficial disponível na apólice;
- b) Adotar todas as medidas necessárias e úteis, agindo com diligência, para evitar a ocorrência de um sinistro ou para reduzir seus prejuízos e suas consequências;
- c) Fornecer à Seguradora, prontamente e sempre que solicitado, todos os elementos e documentos necessários e completos para a apuração da causa, natureza, circunstâncias e consequências, bem como facilitar a atuação dos peritos e profissionais indicados pela Seguradora, de forma a permitir com que esta adote as providências necessárias para a análise do sinistro. **A Seguradora reserva-se o direito de apurar se a demora injustificada na comunicação do sinistro, quando o Segurado tinha ciência do evento e condições de comunicá-lo, resultar em agravamento de risco ou de danos, impossibilidade de verificar as circunstâncias do sinistro ou causar prejuízo financeiro direto e comprovado à Seguradora. A constatação desses fatores será considerada na regulação do sinistro.**

27. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

27.1. Constituem obrigações da Seguradora:

- a) Informar aos segurados a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que lhe for solicitado;
- b) Comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse;
- c) Prestar ao Estipulante e ao Subestipulante e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro. Emitir apólice, cujas notas técnicas e condições do seguro devem estar depositadas ou aprovadas pela SUSEP, observando todas as normas legais e regulatórias aplicáveis;
- d) Constituir todas as reservas técnicas e provisões necessárias para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da Apólice;
- e) Processar, analisar e liquidar os Sinistros no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento de toda documentação necessária para comprovação e elucidação do Sinistro, exceto em caso de dúvida fundada e justificável, hipótese em que será facultado exigir documentos e informações adicionais, suspendendo a contagem do prazo e voltando a correr a partir da data do recebimento pela SEGURADORA dos referidos documentos e informações;
- f) Recolher integralmente os impostos correspondentes ao seguro, conforme legislação em vigor;
- g) Utilizar os dados cadastrais dos Segurados, do Estipulante e dos Subestipulantes única e exclusivamente para os fins deste Contrato, abstendo-se de cedê-los ou de qualquer forma os transferir, ainda que gratuitamente, a terceiros, sem prévia e expressa anuência dos titulares dos referidos dados cadastrais;
- h) Responsabilizar-se, com exclusividade, perante o grupo segurado, pelo fiel cumprimento das coberturas contratadas na Apólice, durante a vigência individual de cada contratação, cumprindo, quando necessário, todas as suas obrigações previstas na Apólice;
- i) Disponibilizar Central de Atendimento com pessoas capacitadas e treinadas para atendimento de Sinistro;

- j) Arcar com todos os custos de regulação e liquidação de Sinistros;
- k) Cumprir o disposto nos normativos regulatórios.
- l) Comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor;
- m) Caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação firmada entre Segurado e Credor, relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

28. EXCEDENTE TÉCNICO

28.1. 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.

29. DISPOSIÇÕES FINAIS

29.1. **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.**

29.2. **A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.**

29.3. **O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.**

29.4. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site <https://www.gov.br/susep/pt-br>, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

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

29.6. **As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br>, de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta, bilhete, certificado ou no título de capitalização.**

29.7. Os valores de capitais segurados e de prêmios são expressos em moeda nacional.

29.8. Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

29.9. O segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

29.10. As condições contratuais do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

30. PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

30.1. Em razão da preocupação da Porto Seguro com os seus clientes e parceiros, as melhores práticas de mercado são adotadas em cumprimento aos Termos e Condições de Tratamento de Dados Pessoais expostos na LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados.

30.2. Desta forma, a Porto Seguro traz de maneira clara e precisa em sua Política de Privacidade, o modo de tratamento de dados pessoais, bem como a forma de coleta dos dados, enquadramento legal, formato de compartilhamento de dados e informações de contato do DPO.

30.3. Seguradora e Estipulante se obrigam a garantir o cumprimento integral à Lei Geral de Proteção de Dados e adotar políticas de boas práticas de governança, que assegurem a segurança nos procedimentos de tratamentos de dados pessoais, para garantir a integridade, confidencialidade e disponibilidade, de acordo com as regras da organização, incluindo as obrigações de ações educativas aos agentes de tratamento, bem como mecanismos internos de supervisão e mitigação de riscos.

30.4. Em suas operações e negócios, cada parte será responsável pelas medidas a serem adotadas em casos de incidentes de segurança que afetem dados pessoais e que possuam relação direta com este contrato, nos termos da legislação, devendo ocorrer cooperação mútua em casos de incidentes que possam acarretar risco ou dano relevante aos titulares.

30.5. Em caso de conhecimento ou suspeita de qualquer incidente de segurança que possa comprometer a integridade, confidencialidade e/ou disponibilidade de qualquer dado pessoal vinculado à esta relação contratual, a Parte responsável deverá tratar de acordo com os requisitos exigidos pela Legislação atual.

30.6. Seguradora e Estipulante se obrigam a tratar os dados pessoais dentro das especificidades acordadas, incluindo o dever de comunicar os titulares sobre os termos previstos em Política de Privacidade, com a garantia dos padrões de segurança e controle restrito aos acessos, manipulação e compartilhamento, para garantir a inviolabilidade aos dados pessoais.

30.7. Em casos de penalidades decorrentes ao descumprimento da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, as partes cooperarão mutuamente em eventual defesa, indenização ou sanção, no limite de sua responsabilidade.

30.8. Na contratação de seguros coletivos estipulados, cada parte atua como Controlador independente e responsável pelo tratamento dos dados pessoais envolvidos, existindo autonomia para seguir sua política de privacidade interna, desde que em conformidade com a legislação vigente.

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 na cláusula 3 Definições” das Condições Gerais:

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

2.1.3 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal;
- b) Os acidentes que resultem a morte 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 que resultem a morte decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes que resultem a morte decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Declaração de óbito do segurado;
- c) Certidão de Óbito do segurado;
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- e) Comprovante de residência (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- f) Última alteração do contrato social, em caso de segurado sócio/diretor ;
- g) Declaração de únicos herdeiros com assinatura reconhecida em cartório dos declarantes (somente em caso de inexistência de beneficiários indicados pelo segurado);
- h) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) a contar do início dos sintomas até a data do diagnóstico da patologia;
- i) Cópia do prontuário integral da última internação até a data do óbito;
- j) Resultado de todos os exames médico/hospitalares referentes a(s) patologia(s) relacionadas ao evento, laboratoriais e de imagem, a contar do início dos sintomas/tratamento até a data do diagnóstico da patologia, bem como os realizados durante o período da internação até a data do óbito;
- k) Autorização assinada pelo beneficiário com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;
- l) Relatório médico devidamente elaborado, 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, desde quando o segurado tratava (os) quadro(s), sua evolução e os tratamentos instituídos;
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- n) 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.

h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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;
- i) Comprovante de vínculo junto ao esitpulante de seguro na data do evento;

6.1.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados acima:

- a) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir)
- b) Boletim de Ocorrência Policial;
- c) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- e) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado;
- f) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- g) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- h) Laudo de Perícia Técnica (se houver).

6.1.3 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);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica .

6.1.4 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, os documentos adicionais são:

- a) Certidão de casamento atualizada (emitida até 60 dias após o óbito);
- b) RG, CPF e Comprovante de endereço;

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

- a) Escritura Pública de Convivência Marital registrada em vida pelo segurado e companheiro(a), ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) RG, CPF e Comprovante de endereço

6.1.6 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;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho com idade a partir de 16 (dezesseis) anos.

7 BENEFICIÁRIOS

7.1 Em caso de morte do segurado principal, 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, 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 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 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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 na cláusula 3 “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, do segurado observando-se que:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal;
- b) Os acidentes que resultem a morte do segurado, 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 que resultem a morte do segurado, decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes que resultem a morte do segurado, decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes que resultem a morte do segurado, decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

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, 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) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) Certidão de óbito;
- c) Declaração de óbito;
- d) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- e) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- f) Última alteração do contrato social, em caso de segurado sócio/diretor;
- g) Declaração de únicos herdeiros, com reconhecimento de firma dos declarantes (somente em caso de inexistência de beneficiários indicados pelo segurado);
- h) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- i) Boletim de Ocorrência Policial;
- j) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- k) Laudo da perícia de local realizado pela perícia técnica (em caso de acidente automobilístico, em que o segurado tenha sido condutor do veículo);
- l) Laudo de Exames complementares (teor alcóolico e toxicológico) elaborado pelo IML (em caso de acidente automobilístico, em que o segurado tenha sido condutor do veículo);
- m) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- n) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) desde a data do acidente;
- o) Resultado de todos os exames médico/hospitalares realizados por ocasião do evento;
- p) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado;
- q) Laudo de atendimento emergencial realizado pelo SAMU/Bombeiros;
- r) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- s) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- t) Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- u) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- v) Autorização assinada pelo beneficiário com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;
- w) 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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;
- i) Comprovante de vínculo junto ao estipulante de seguro na data do evento;

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 postal – 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;
- i) Comprovante de vínculo junto ao estipulante de seguro na data do evento.

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

- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;

6.3. Se o beneficiário for cônjuge do segurado, os documentos adicionais são:

- a) Certidão de casamento atualizada (emitida até 60 dias após o óbito);
- b) RG, CPF e Comprovante de endereço.

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

- a) Escritura Pública de Convivência Marital registrada em vida pelo segurado e companheiro(a), ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) RG, CPF e Comprovante de endereço.

6.5. 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;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho com idade a partir de 16 (dezesseis) anos;

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de morte acidental do segurado principal, 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, 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. 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 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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 “3 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:

2.1.2. 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.

2.1.3. 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**
- d) **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) 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 das condições gerais do seguro.

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 SEGURO

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. O capital segurado das coberturas de morte e invalidez permanente Total por acidente não se acumula em consequência de um mesmo evento.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo segurado ou representante;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- f) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- g) Relatório médico elaborado e assinado pelo médico assistente informando o tratamento instituído, a data da alta definitiva, se há sequelas incapacitantes deixadas pelo acidente e o grau das referidas sequelas, discriminando cada órgão ou membros lesados;
- h) Laudo da perícia de local realizado pela perícia técnica (em caso de acidente automobilístico, em que o segurado tenha sido condutor do veículo);
- i) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) desde a data do acidente;
- j) Resultado de todos os exames médico/hospitalares, laboratoriais e de imagem realizados por ocasião

do evento demonstrando as lesões de origem traumática;

- k) Termo de curatela, em caso de alienação mental do segurado;**
- l) Autorização assinada pelo segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;**
- m) RG, CPF, Comprovante de residência e autorização de pagamento em nome do curador nomeado (se houver);**
- n) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- o) 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
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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;
- i) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado na data do evento.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. Em caso de invalidez permanente total por acidente do segurado principal, 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, 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. 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, desempassador, 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 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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. 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 60º; 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.

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

VI - Doenças Crônicas

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

VII - Perda de existência independente do Segurado/Prestamista

- a) Entende-se perda de existência independente do Segurado/Prestamista, aquele que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:
- a. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - b. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;
 - c. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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.

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) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou representante;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Relatório Médico assinado (firma reconhecida) pelo Médico Assistente do segurado, informando desde quando o segurado tratava o(s) quadro(s) em questão, sua evolução, os tratamentos instituídos, se há incapacidade e se a mesma é temporária ou definitiva (quadro clínico incapacitante irreversível). Sendo definitiva, informar a data de caracterização do quadro clínico incapacitante irreversível;
- d) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) e/ou ambulatoriais relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) a contar do início dos sintomas até a data do diagnóstico da patologia;
- e) Resultado de todos os exames médico/hospitalares referentes a(s) patologia(s) relacionadas ao evento, laboratoriais e de imagem a contar do início dos sintomas até a data do diagnóstico da patologia e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;
- f) 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;
- g) Autorização assinada pelo segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;
- h) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- i) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- j) 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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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;
- i) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;
- j) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado na data do evento.

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.

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, desempassador, 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 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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 60º; 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, 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 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:

- a) 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.

3.4. 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).

- a. 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.

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

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

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

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

3.5. 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.

3.6. 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 SEGUADO

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) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou representante;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Relatório Médico assinado (firma reconhecida) pelo Médico Assistente do segurado, informando desde quando o segurado tratava o(s) quadro(s) em questão, sua evolução, os tratamentos instituídos, se há incapacidade e se a mesma é temporária ou definitiva (quadro clínico incapacitante irreversível). Sendo definitiva, informar a data de caracterização do quadro clínico incapacitante irreversível;
- d) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) relativo (s) aos tratamento(s) realizado(s) desde a data do diagnóstico da patologia;
- e) Resultado de todos os exames médico/hospitalares referentes a(s) patologia(s) relacionadas ao evento, laboratoriais e de imagem a contar da data do diagnóstico da patologia e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível;
- f) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- g) Autorização assinada pelo segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual

pagamento;

- 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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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;
- j) Contrato comprovante de vínculo entre o estipulante e segurado na data do evento.

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 Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado principal, 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, 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. 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 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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 RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (RIT)

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):

2.2. **Carência:** É o período de até 50% do período de vigência do seguro 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 coberturas deste seguro. Para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência.

2.3. **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.

2.3.1. 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.

2.3.2. A Franquia é dedutível por evento.

2.4. **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.

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

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

2.6. **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.

4. FRANQUIA

4.1. 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.

4.2. 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.

5. CARÊNCIA

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

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

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos em 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 (Osteocondrose 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; 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 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 relacionadas com o acidente sofrido, não havendo cobertura aos casos em que forem constatadas doenças prévias não relacionadas com o acidente sofrido;

6.2. 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.

6.3. 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.

6.3.1 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.

7. CAPITAL SEGUADO

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 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.

7.3. 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.

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. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo segurado;
- b) Comprovante de rendimento do segurado relativo ao período de contratação do seguro, bem como relativo ao período de afastamento solicitado (Ex: Imposto de Renda, Decore, Pró labore);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- g) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- h) Relatório médico elaborado e assinado pelo médico assistente, informando a data do diagnóstico, o tratamento instituído, período de afastamento do trabalho, data da alta definitiva e se o quadro é temporário ou definitivo;
- i) Laudo de atendimento emergencial realizado pelo SAMU/Bombeiros;

- j) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) e/ou ambulatoriais relativo (s) aos tratamentos(s) realizado(s) a contar do início dos sintomas até a data do diagnóstico da patologia;
- k) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária;
- l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- n) Declaração elaborada pelo segurado sob pena de sanções cíveis e criminais, informando que não desenvolveu ou está desenvolvendo nenhuma atividade remunerada durante o período do afastamento reclamado;
- o) Autorização assinada pelo segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;
- 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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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 de vínculo entre o estipulante e segurado na data do evento.

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

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

8.4. 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.

8.5. 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.

8.6. 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 contratuais do seguro.

8.7. 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.

8.8. 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.

8.9. 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.

8.10. 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.

8.11. 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.

8.12. 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.

8.13. 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.

8.13.1 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.

9. PAGAMENTO DA RENDA

9.1. 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 contratuais do seguro.

9.2. 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.

9.3. 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 na legislação vigente.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. Em caso de sinistro coberto de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença do segurado principal, 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, 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

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. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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 (RIT-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, 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):
- 2.2. **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.
- 2.2.1. 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.
- 2.3. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem os meios de subsistência, mediante remuneração.
- 2.4. **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, 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 a legislação vigente.

4. FRANQUIA

- 4.1. 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.
- 4.2. 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.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (RIT):

- 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 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,
- t) 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 e 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 nexo 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;
- y) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença
- z) Tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;

5.2. 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.

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 cobre apenas Diárias de Incapacidade Temporária.

5.4. 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. 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 de seguro.

7. CAPITAL SEGURO

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.

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

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

- a) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo segurado;
- b) Comprovante de rendimento do segurado relativo ao período de contratação do seguro, bem como relativo ao período de afastamento solicitado (Ex: Imposto de Renda, Decore, Pró labore);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- e) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado (quando o caso exigir);
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- g) CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião do acidente);
- h) Relatório médico elaborado e assinado pelo médico assistente, informando a data do diagnóstico, o tratamento instituído, período de afastamento do trabalho, data da alta definitiva e se o quadro é temporário ou definitivo;
- i) Laudo de atendimento emergencial realizado pelo SAMU/Bombeiros;
- j) Cópia integral do(s) prontuário(s) hospitalar(es) e/ou ambulatoriais relativo (s) aos tratamentos(s) realizado(s) a contar do início dos sintomas até a data do diagnóstico da patologia;

- k) Todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária;
- l) Comprovante de afastamento pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS;
- m) Formulário de Autorização para Crédito em conta corrente de titularidade própria, no caso de eventual pagamento;
- n) Declaração elaborada pelo segurado sob pena de sanções cíveis e criminais, informando que não desenvolveu ou está desenvolvendo nenhuma atividade remunerada durante o período do afastamento reclamado;
- o) Autorização assinada pelo segurado com firma reconhecida por semelhança, habilitando a Cia verificar e obter documentos médicos referentes ao(s) tratamento(s) em hospitais, clínicas, ambulatórios e/ou quaisquer outras entidades de saúde realizados pelo segurado;
- 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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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 de vínculo entre o estipulante e segurado na data do evento.

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

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

8.4. 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.

8.5. 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.

8.6. 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.

8.7. 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 nos moldes da legislação sucessória estabelecida no Código Civil Brasileiro.

8.8. 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.

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

8.10. 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 renda por incapacidade temporária que faltarem para completar o limite de rendas previsto no contrato, correspondente à vigência anterior.

8.11. 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.

- 8.12. 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.
- 8.13. 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.

9. PAGAMENTO DA RENDA

- 9.1. 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 contratuais do seguro.
- 9.2. 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.
- 9.3. 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 a legislação vigente.

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, desempassador, 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. BENEFICIÁRIOS

- 12.1. 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.

13. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 14.1 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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.
- 1.3. O limite de permanência como empregado em uma mesma empresa deverá ser especificado no contrato do seguro.

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) Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou representante;
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Comprovante de endereço nominal ao segurado do mês do sinistro (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.);
- d) 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;
- 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.

- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência;

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,
- f) empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.
- g) 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);
- h) 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

manter 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. Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)

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 das atividades profissionais por acidente.

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 a legislação vigente.

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) 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) 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 nexo 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;
- 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.

4.3.2 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 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 os 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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);

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 do nexo 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 nexo 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 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.

6.12 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 nestas 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.

7.9 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.

7.10 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.

7.11 Se o evento gerador do sinistro se tratar de acidente, não se aplica a limitação declarada nesta condição especial, 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

manter residência no Brasil.

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 LIMITE DE DIÁRIAS

11.1 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.

12 CARÊNCIA

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

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

13 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

13.1 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.

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

14 JUNTA MÉDICA

14.1 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.

14.2 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.

14.3 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.

15 DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 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.

15.2 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.

15.3 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.

15.4 Os prêmios correspondentes a esta cobertura sofrerão reajuste sempre que o Segurado passar de uma faixa etária para outra, conforme tabela especificada nas Condições Gerais e disponibilizada ao proponente quando da adesão ao seguro.

15.5 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas 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.

2.1.2. 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. **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.

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

2.1.4. **Atividade Profissional:** É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se adquirem 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 a legislação

vigente.

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 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) 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, espondilolises, 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 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;
- 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.

4.4. 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 SEGUADO

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.
- h) Comprovante do saldo devedor no mês da ocorrência (cópia simples);

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 do nexo 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 nexo 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, desempataador, 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. Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, até o valor do capital segurado contratado, mediante a apresentação dos comprovantes originais/eletrônicos (notas fiscais) das respectivas despesas e observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. O reembolso do auxílio funeral, poderá ser concedido aos segurados principais em consequência exclusiva de morte, seja decorrente de causa natural ou acidental

3.2. Caso existam responsáveis pelos custos das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

3.3. O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro e da cobertura de Morte, estão também excluídas da cobertura de Auxílio Funeral por Morte:**
- 4.2. Traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;**
- 4.3. Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;**
- 4.4. Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;**
- 4.5. Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando “morte presumida”;**
- 4.6. Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;**
- 4.7. A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;**
- 4.8. Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado.**

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 cobertura de Auxílio Funeral, 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.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. A cobertura de Auxílio Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

7.1.1 Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original), onde conste o nome como responsável pelo pagamento das despesas com o funeral, em caso de reembolso, juntamente com os seguintes documentos:

7.1.1.1. Pessoa Física:

7.1.1.1.1. Cópia do CPF, carteira de identidade, telefone e comprovante de residência do responsável pelo pagamento das despesas com funeral.

7.1.1.1.2. Autorização original para pagamento da indenização mediante crédito em conta corrente do responsável pelo pagamento das despesas com funeral (formulário fornecido pela Seguradora). Contrato da operação de crédito e seus aditivos (cópia simples), e

7.1.1.2. Pessoa Jurídica:

7.1.1.3. Cópia do cartão do CNPJ, telefone e comprovante de endereço; Contrato da operação de crédito e seus aditivos (cópia simples).

7.1.1.4. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto nas Condições Gerais, será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

8.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL POR 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, o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, em caso de morte exclusivamente por acidente do segurado durante a vigência da cobertura, até o valor do capital segurado contratado, , mediante a apresentação dos comprovantes originais/eletrônicos (notas fiscais) das respectivas despesas e observadas as disposições das condições contratuais e as constantes destas Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

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

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. O serviço de auxílio funeral, poderá ser concedido aos segurados principais
- 3.1.1. Em consequência exclusiva de morte decorrente acidente.
- 3.1.2. Em forma de reembolso das despesas com funeral:**
- 3.1.3. Caso existam responsáveis pelos custos das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.
- 3.2. O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Auxílio Funeral por Morte Acidental:

- a) Traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;
- b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
- c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
- d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando “morte presumida”;
- e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
- f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
- g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado.

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 cobertura de Auxílio Funeral, 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. Caso os Familiares, Beneficiários ou Responsável opte pela prestação de serviço de respeito ao capital segurado individual contratado para esta cobertura, não cabendo qualquer reembolso pelo pagamento de despesas com funeral.
- 5.4. O Capital Segurado não poderá ser maior que o valor da obrigação para a cobertura básica.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 6.1. A cobertura de Auxílio Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte acidental, os documentos básicos necessários são:
- 7.1.1. Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original), onde conste o nome como responsável pelo pagamento das despesas com o funeral, em caso de reembolso, juntamente com os seguintes documentos:
- a) Pessoa Física:
- Cópia do CPF, carteira de identidade, telefone e comprovante de residência do responsável pelo pagamento das despesas com funeral.
 - Autorização original para pagamento da indenização mediante crédito em conta corrente do responsável pelo pagamento das despesas com funeral (formulário fornecido pela Seguradora).
 - Contrato da operação de crédito e seus aditivos (cópia simples), e
- b) Pessoa Jurídica:
- Cópia do cartão do CNPJ, telefone e comprovante de endereço; Contrato da operação de crédito e seus aditivos (cópia simples).
 - Autorização original para pagamento da indenização mediante crédito em conta corrente do responsável pelo pagamento das despesas com funeral (formulário fornecido pela Seguradora).
- 7.2. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos, além daqueles estabelecidos nestas condições especiais, inclusive, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto nas Condições Gerais, será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

- 8.2. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.**

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.

2.2.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 Permanecem válidas todas as cláusulas previstas nas Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.